

ПОЛНЫЙ СПРАВОЧНИК сексопатолога

Причины и механизмы развития
сексуальных расстройств



Диагностика, лечение и профилактика
половых нарушений



Сексуальная дисгармония
супружеских пар: механизмы
возникновения, способы коррекции
и методы профилактики



Сексуальные расстройства
у психически больных



 Med-Mos

Коллектив авторов

Полный справочник сексопатолога

«Научная книга»

Коллектив авторов

Полный справочник сексопатолога / Коллектив авторов —
«Научная книга»,

В справочнике содержится необходимая информация, как для практикующего врача-сексопатолога, так и для студентов медицинских вузов. Подробно описаны причины, механизмы развития, проявления сексуальных расстройств у мужчин и женщин. Рассмотрены клинические проявления, диагностика, лечение и профилактика сексуальных расстройств. Особое внимание уделено сексуальной дисгармонии супружеских пар, а также описаны сексуальные расстройства у психических больных.

Содержание

ЧАСТЬ 1	6
ГЛАВА 1	6
АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ	6
ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА	26
СЕКСУАЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ	
СОЦИАЛЬНЫЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ	39
СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ	
ТЕМПЕРАМЕНТ, ХАРАКТЕР И ДРУГИЕ СВОЙСТВА	59
ЛИЧНОСТИ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СЕКСУАЛЬНОСТЬ	
ГЛАВА 2	77
ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ	77
КЛАССИФИКАЦИЯ ПОЛОВЫХ РАССТРОЙСТВ	97
ПОЛОВЫЕ РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С	103
БОЛЕЗНЯМИ ПСИХИКИ	
ИМПОТЕНЦИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ	117
ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ	
ЭНДОКРИННАЯ ФОРМА ИМПОТЕНЦИИ	123
ИМПОТЕНЦИЯ, ВОЗНИКАЮЩАЯ ВСЛЕДСТВИЕ	127
МЕХАНИЧЕСКИХ ПРЕПЯТСТВИЙ К ПОЛОВОМУ	
АКТУ	
ДИАГНОСТИКА МУЖСКОЙ ПОТЕНЦИИ	129
ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ МУЖСКОЙ ПОТЕНЦИИ	134
ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ МУЖСКОЙ	148
ПОТЕНЦИИ	
ГЛАВА 3	152
ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ И КЛАССИФИКАЦИЯ	152
НАРУШЕНИЙ СЕКСУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У	
ЖЕНЩИН	
КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ И	154
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ НОМЕНКЛАТУРА	
ФРИГИДНОСТЬ	156
НИМФОМАНИЯ	163
ВАГИНИЗМ	165
МАСТУРБАЦИЯ И ОНАНИЗМ У ЖЕНЩИН	168
МЕТОДЫ СЕКСОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ	173
МУЖЧИН И ЖЕНЩИН	
ЛЕЧЕНИЕ ЖЕНСКОЙ СЕКСУАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ	181
ПРОФИЛАКТИКА СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У	191
ЖЕНЩИН	
ГЛАВА 4	208
УСЛОВИЯ РАЗВИТИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ	209
ДИСГАРМОНИИ И ЕЕ КЛАССИФИКАЦИЯ	
ХАРАКТЕРИСТИКА ОТДЕЛЬНЫХ ВИДОВ	210
МЕХАНИЗМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЯ	216
СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСГАРМОНИИ СУПРУЖЕСКОЙ	
ПАРЫ	

УСЛОВИЯ ТРАНСФОРМАЦИИ ПСЕВДОИМПОТЕНЦИИ И ПСЕВДОФРИГИДНОСТИ В ИСТИННЫЕ РАССТРОЙСТВА СЕКСУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ	223
МЕТОДЫ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ КОРРЕКЦИИ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСГАРМОНИИ	224
ПРОФИЛАКТИКА СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСГАРМОНИИ СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЫ	227
ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ СЕКСУАЛЬНОЙ ЖИЗНИ СУПРУЖЕСКИХ ПАР	229
ПСИХОТЕРАПИЯ КАК СИСТЕМА ЛЕЧЕБНЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ	246
ЧАСТЬ 2 ПАРАФИЛИИ. МЕТОД ПСИХОТЕРАПИИ	253
ГЛАВА 5. СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ	253
ВУАЙЕРИЗМ	253
ЭКСГИБИЦИОНИЗМ	254
ЗООФИЛИЯ	258
САДОМАЗОХИЗМ	263
ФЕТИШИЗМ	264
ТРАНСВЕСТИЗМ	268
ТРАНССЕКСУАЛИЗМ	270
ДРУГИЕ ИЗВРАЩЕНИЯ	273
ПЕДОФИЛИЯ	278
МАЗОХИЗМ	282
САДИЗМ	285
ГЛАВА 6. ПСИХОТЕРАПИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ	293
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХОТЕРАПИИ	293
ОСНОВЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА	301
ОЩУЩЕНИЯ, ВОСПРИЯТИЕ И ИХ ИЗМЕНЕНИЯ	321
ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ	325
МЕТОДИКИ ПСИХОТЕРАПИИ	336
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	346

**Дмитрий Владимирович Атрощенко,
Олеся Владимировна Живайкина,
Марианна Владимировна Богдашич,
Екатерина Олеговна Шалмина,
Ольга Дмитриевна Абрамович,
Елена Анатольевна Кочнева
Полный справочник сексопатолога**

**ЧАСТЬ 1
СЕКСУАЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ
В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ**

**ГЛАВА 1
СЕКСУАЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ ЧЕЛОВЕКА В НОРМЕ**

АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Анатомия женских половых органов

Женские половые органы делят на:

- 1) наружные;
- 2) внутренние.

Это деление связано с разницей в их топографии и эмбриональном развитии. Наружные половые органы располагаются вне мочеполовой диафрагмы, на наружной поверхности тела. К ним относят:

- 1) лобок;
- 2) большие и малые половые губы;
- 3) клитор;
- 4) преддверие влагалища.

Границей между наружными и внутренними половыми органами является девственная плева. Внутренние половые органы находятся в малом тазе. К ним относятся влагалище, матка, маточные трубы и яичники.

Наружные женские половые органы

Лобок (*mons pubis, mons veneris*) представляет собой покрытое волосами, богатое подкожным жиром треугольное возвышение, расположенное спереди и выше лонного сочленения.

Вверху лобок отделен от области живота надлобковой складкой, справа и слева от лобка расположены паховые складки, кзади лобок переходит в большие половые губы.

У взрослой женщины верхняя граница роста волос представляет собой горизонтальную линию. В детском возрасте на лобке волос нет, к старости они редеют. Рост волос на лобке

связан с деятельностью яичников и отчасти коры надпочечников, вырабатывающих эстрогены. У женщин с нормальным гормональным фоном отмечается так называемый женский тип оволосения: волосяной покров лобка образует треугольник с вершиной, направленной вниз. При недоразвитии половых органов и недостаточной функции яичников волосы распространяются по белой линии к пупку, волосяной покров приобретает форму ромба (мужской тип оволосения).

Большие половые губы (*labia majora pudendi*) – это две продольные параллельные складки кожи длиной 7–8 см и шириной 2–3 см, лежащие снаружки от малых половых губ и ограничивающие половую щель. Под кожей располагается богатая жиром клетчатка, в которой проходят сосуды и нервы, а также фиброзные волокна. Спереди большие половые губы соединяются широкой передней спайкой и переходят в кожу лобка, кзади они постепенно суживаются и соединяются, образуя заднюю спайку. Кожа наружной поверхности больших половых губ пигментирована и покрыта волосами, содержит сальные и потовые железы. Внутренняя поверхность больших губ покрыта тонкой розовой кожей, напоминающей слизистую оболочку. Пространство между большими половыми губами называется *половой щелью*.

В толще больших половых губ залегают большие железы преддверия – *бартолиновы железы*.

У девочек большие половые губы неразвиты и начинают формироваться в пубертатном периоде, т. е. в период полового созревания, под влиянием эстрогенов. В менопаузе наступает их гипотрофия, т. е. уменьшение.

Пространство между задней спайкой и анальным отверстием называется *промежностью*. Промежность представляет собой мышечно-фасциальное образование в форме суживающегося конуса, покрытое кожей. От задней спайки до анального отверстия по коже промежности проходит линия – шов промежности. Высота промежности (расстояние от задней спайки до заднего прохода) составляет 3–4 см.

Малые половые губы (*labia minora pudenda*) – вторая пара продольных кожных складок, идущих кнутри от больших половых губ и вдоль их основания и отграничивающих преддверие влагалища. Обычно малые половые губы видны только при разведении больших половых губ, но иногда они бывают высокими и выступают наружу. Малые половые губы содержат соединительную ткань без жировой клетчатки, эластические и мышечные волокна и венозное сплетение. Задние концы малых половых губ соединяются между собой и образуют поперечную складку – уздечку половых губ, которая отграничивает небольшое углубление – ямку преддверия влагалища. Спереди конец каждой малой половой губы разделяется на две ножки, которые направляются к клитору. Наружные ножки малых половых губ обходят клитор сбоку, соединяются спереди от него и образуют крайнюю плоть клитора. Внутренние ножки подходят к клитору снизу, сливаются между собой и образуют уздечку клитора.

У девочек малые половые губы отсутствуют до пубертатного периода. Их развитие происходит под влиянием гипофизарно-яичниковых гормонов. Величина малых половых губ подвержена значительным индивидуальным колебаниям.

Преддверие влагалища (*vestibulum vaginae*) – непарное углубление ладьевидной формы, ограниченное с боков внутренними поверхностями малых половых губ, впереди – клитором, сзади – задней спайкой влагалища, сверху – девственной плевой. Поверхность преддверия влагалища покрыта плоским эпителием и постоянно сохраняет влажность за счет секрета:

- 1) малых желез преддверия, разбросанных по всей поверхности;
- 2) больших желез преддверия (бартолиновых желез), расположенных в задней трети преддверия (в толще больших половых губ).

Они открываются в бороздке между малыми половыми губами и девственной плевой, на границе между задней и средней третью преддверия. На середине расстояния между клитором и входом во влагалище открывается наружное отверстие мочеиспускательного канала.

Мочеиспускательный канал (*uretra*) относится к мочевыделительной системе. Наружное отверстие уретры расположено на 2–3 см кзади от клитора. Оно имеет округлую, реже полулунную, звездчатую или щелевидную форму. Длина женской уретры составляет 3–4 см, просвет легко растягивается до 1 см в диаметре и более. Ход уретры почти прямой с незначительным изгибом кверху. Две трети длины уретры соединены с передней стенкой влагалища. Этот участок слегка выпячивается в просвет влагалища в виде валика.

Изнутри уретра выстлана слизистой оболочкой, образующей продольные складки. Эпителий слизистой в нижнем отделе многослойный плоский, в верхнем – цилиндрический. Мышечный слой стенки уретры состоит из продольного и циркулярного слоев гладкомышечных волокон.

Циркулярные волокна у внутреннего конца мочеиспускательного канала вблизи мочевого пузыря образуют внутренний сфинктер, расслабляющийся во время мочеиспускания. Вокруг наружного конца уретры расположен наружный сфинктер.

По бокам от уретры и параллельно ей лежат парауретральные ходы (скиניים пазухи) – ветвящиеся трубчатые образования длиной 1–2 см. Наружные отверстия этих ходов открываются на слизистой уретры недалеко от наружного отверстия. Их секрет увлажняет наружное отверстие уретры.

Девственная плева (*hymen*) – соединительнотканная перепонка, которая является дном преддверия влагалища и служит границей между наружными и внутренними гениталиями. С обеих сторон покрыта многослойным плоским эпителием. Отверстие девственной плевы может иметь разную форму. Выделяют два основных типа отверстий, которые включают в себя множество вариантов.

К первому типу относится плева кольцевидной, полулунной, воронкообразной, губовидной формы.

Ко второму типу относится плева с неровными краями (лепестковая и зубчатая).

Иногда девственная плева имеет два и более отверстия, либо совсем не имеет отверстия. Отсутствие отверстия в плеве может быть первичным (врожденным) или вторичным, связанным с воспалением вульвы, перенесенным в детском возрасте. Девственная плева богата мелкими кровеносными сосудами и нервными волокнами. При первом половом сношении девственная плева разрывается, как правило, в радиальном направлении (дефлорация). В зависимости от эластичности плевы могут быть глубокие разрывы, сопровождающиеся обильным кровотечением, либо поверхностные, с незначительными кровянистыми выделениями.

Редко эластичная девственная плева остается целой не только после первого полового сношения, но и после повторных сношений; иногда она не разрывается даже после родов. После дефлорации остаются так называемые гименальные сосочки, после родов – миртовидные сосочки.

Клитор (*clitoris*) практически идентичен пещеристым телам мужского полового члена. В период полового созревания клитор увеличивается под действием андрогенных гормонов. Размеры клитора могут быть различными: от спичечной головки до большого пальца в зависимости от гормонального фона. Клитор располагается между ножками малых половых губ так, что видна только головка, выступающая в виде бугорка. Клитор состоит из двух пещеристых тел, которые в виде ножек клитора начинаются на нисходящих ветвях лонных костей, сходятся под лонным сочленением и образуют тело клитора, имеющее изогнутую форму. Ножки покрыты

седалищно-пещеристой мышцей. Головка клитора сверху и с боков покрыта складкой кожи – крайней плотью, образованной наружными ножками малых половых губ. Снизу под клитором располагается его уздечка, образованная медиальными ножками. Снаружи клитор покрыт тонкой нежной кожей, являющейся продолжением покрова малых половых губ и богатой сальными железами, секрет которых (смегма) скапливается вокруг клитора и в бороздке между большими и малыми половыми губами. Тело клитора покрыто со всех сторон плотной соединительнотканной белочной оболочкой, отростки которой проникают в тело клитора, обуславливая его пещеристое строение. Клитор имеет обильное кровоснабжение и иннервацию. В его коже заложено множество нервных окончаний. Клитор является органом полового чувства. При половом возбуждении происходит увеличение и уплотнение клитора (эрекция) вследствие усиления притока артериальной крови и более медленного оттока венозной.

Бартолиновы железы, или большие железы преддверия (*glandulae vestibulares majores* (Bartolini)), – альвеолярно-трубчатые железы округлой формы величиной с горошину. Расположены в толще задних отделов больших половых губ. Вырабатывают секрет, который через выводные протоки поступает наружу. Выводные протоки открываются в бороздке, образованной малыми половыми губами в их нижней трети и девственной плевой (или ее остатками). Железы можно прощупать в основании больших половых губ, недалеко от задней спайки.

Вырабатываемый секрет беловатого цвета, щелочной реакции, с характерным запахом. Он выделяется при половом возбуждении, увлажняет поверхность преддверия и входа во влагалище и разжижает сперму, способствуя продвижению сперматозоидов.

Малые железы преддверия (*glandulae vestibulares minores*) располагаются в толще стенок преддверия влагалища, куда открываются их протоки.

Луковицы преддверия (*bulbi vestibuli*) по строению и развитию идентичны губчатому телу мужского полового члена. Представляют собой два толстых булавовидных венозных сплетения, расположенных по бокам от входа во влагалище. Начинаются от клитора и заканчиваются у задней спайки. Луковицы преддверия представляют единое целое, так как имеют общую часть – венозное сплетение, расположенное под нижней, вогнутой частью клитора, обеспечивающее связь между пещеристыми телами клитора, его головкой, луковицами преддверия и малыми половыми губами. Сзади луковицы булавовидно утолщаются, прикрывая бартолиновы железы. По средней линии луковицы прилежат к уретре. Снаружи они покрыты пучками луковично-губчатой мышцы.

Внутренние женские половые органы

Влагалище (*vagina, colpos*) – трубчато-мышечно-мембранозный орган, соединяющий внутренние и наружные половые органы. Длина влагалища 7-10 см, передняя стенка на 1,5–2 см короче задней. Ширина влагалища в среднем 2–3 см. Стенки влагалища значительно растяжимы, поэтому его длина и ширина непостоянны. Влагалище начинается от девственной плевы и заканчивается у места прикрепления шейки матки. Передняя стенка его в верхнем отделе граничит с мочевым пузырем, в нижнем – с уретрой. Задняя стенка влагалища прилегает к передней стенке прямой кишки.

Вокруг шейки матки влагалище образует кольцообразное углубление – своды: два боковых, передний и самый глубокий – задний, граничащий с дугласовым пространством. Область сводов – самая широкая часть влагалища. В растянутом состоянии просвет влагалища имеет форму конуса, основанием обращенного вверх, а верхушкой – вниз. Верхние две трети влага-

лица подвижны, нижняя треть проходит через тазовую и мочеполовую диафрагму и поэтому менее подвижна. Передняя и задняя стенки влагалища соприкасаются друг с другом, а стенки сводов – с шейкой матки, не оставляя свободной полости. Просвет влагалища в поперечном сечении имеет вид фронтальной щели, напоминающей букву «Н».

Стенка влагалища состоит из трех слоев: слизистого, мышечного и соединительнотканного.

1. На передней и задней поверхности слизистая оболочка влагалища образует два продольных валика из поперечных складок. Передний валик выражен сильнее заднего. Во время родов складки разглаживаются, а после родов восстанавливаются не полностью. Поэтому у многорожавших женщин стенки влагалища гладкие. Слизистая оболочка влагалища покрыта многослойным плоским эпителием, склонным к ороговению. Слизистые железы в стенке влагалища отсутствуют, и увлажнение ее происходит за счет пропотевания жидкости из капилляров слизистой и секрета маточных и шейечных желез. Эпителий влагалища вырабатывает гликоген, который под влиянием ферментов расщепляется до глюкозы. Под действием палочек Додерлейна глюкоза превращается в молочную кислоту, обуславливающую кислую реакцию влагалищного содержимого. Слизистая оболочка влагалища подвергается циклическим изменениям. В течение цикла меняется и кислотность влагалища: наибольшая кислотность отмечается в предменструальный период, наименьшая – в середине промежутка между менструациями. Во время менструации реакция щелочная.

2. Мышечная оболочка состоит из трех слоев гладких мышечных волокон: внутренних и наружных продольных и средних циркулярных. Отдельные мышечные волокна циркулярного слоя вплетаются в оба продольных слоя, пучки которых, в свою очередь, проникают в средний круговой слой. Такая сетчатая структура позволяет влагалищу легко приспосабливаться к напряжению и растяжению во время полового акта и родов. Сверху мышечный слой влагалища переходит в мускулатуру шейки матки. В нижнем отделе к гладкомышечным волокнам присоединяются поперечно-полосатые мышцы, а непосредственно вокруг входа во влагалище они формируют сфинктер. Эта мышца в некоторой степени является произвольной. Она охватывает луковицу преддверия и еще более суживает самую узкую часть влагалища – вход.

3. Наружный слой – соединительнотканная оболочка, непосредственно переходящая в соединительнотканые прослойки, отделяющие влагалище от соседних органов.

Функции влагалища состоят в том, что:

- 1) вместе с вульвой является копулятивным органом женщины;
- 2) является органом выделения для менструальной крови, секрета шейечных и маточных желез;
- 3) является частью родового канала при вагинальном родоразрешении;
- 4) выполняет барьерную функцию – естественное самоочищение (кислая реакция влагалищного содержимого препятствует проникновению в матку патогенных микроорганизмов и неполноценных сперматозоидов).

Самоочищение влагалища возможно только при достаточной эндокринной функции яичников, так как эстрогены усиливают процессы пролиферации эпителия слизистой оболочки влагалища, способствуют накоплению в них гликогена, необходимого для жизнедеятельности палочек Додерлейна. В зависимости от состава влагалищного содержимого различают четыре степени чистоты влагалища.

1. В содержимом определяется большое количество палочек Додерлейна, умеренное количество эпителиоцитов, лейкоцитов, другой флоры нет, pH кислая – I степень.

2. Большое количество палочек Додерлейна и эпителиоцитов, определяются единичные лейкоциты и посторонняя флора, pH кислая – II степень.

3. Палочки Додерлейна отсутствуют, много лейкоцитов, умеренное количество посторонней флоры, чаще кокковой, pH слабощелочная – III степень.

4. Палочек Додерлейна нет, много посторонней флоры, умеренное количество эпителиоцитов, рН щелочная – IV степень.

Состав влагалищной микрофлоры подвержен возрастным особенностям. До периода полового созревания флора преимущественно кокковая, в пубертатном периоде – кокковая с преобладанием палочкоподобных форм. С началом менструаций флора становится палочковой (I или II степень чистоты влагалища).

Кровоснабжение влагалища в верхней его трети осуществляется цервикагинальными ветвями маточной артерии. Средняя треть кровоснабжается нижними пузырными артериями. Нижняя треть получает кровь из средних геморроидальных и внутренних пудендалных артерий. Венозный отток происходит по одноименным венам во внутренние седалищные и бедренные вены. Лимфоотток от нижней трети влагалища идет в паховые лимфоузлы, от средней и верхней трети – в седалищные лимфоузлы.

Матка (*uterus*) – полый мышечный орган грушевидной формы. Располагается в малом тазу! Длина матки 7–8 см, две трети длины приходится на тело матки и одна треть – на шейку. У девочек, не достигших половой зрелости, соотношение обратное.

Анатомически различают тело, перешеек и шейку матки. Верхняя часть тела матки выше места прикрепления маточных труб – дно матки. В норме при вертикальном положении женщины матка находится в положении *anteversio*: влагалищная часть обращена вниз и кзади, тело отклонено кпереди и кверху. Тело матки образует с шейкой тупой угол, открытый кпереди (положение *anteflexio*).

Тело матки имеет две поверхности:

- 1) переднюю;
- 2) заднюю.

Оно имеет два края:

- 1) правый;
- 2) левый.

К ним прикрепляются широкие связки матки. Передняя (пузырная) поверхность матки прилежит к мочевому пузырю; задняя (кишечная) – к прямой кишке.

Перешеек – часть матки между телом и шейкой длиной около 1 см. Верхняя граница перешейка – место интимного прикрепления брюшины к матке спереди (соответствует анатомическому внутреннему зеву матки), нижняя – гистологический зев матки (граница перехода слизистой матки в слизистую цервикального канала). В родах перешеек расширяется и трансформируется в нижний сегмент матки.

Шейка матки делится на две части:

- 1) влагалищную;
- 2) надвлагалищную.

Влагалищная часть шейки матки располагается в просвете влагалища и доступна осмотру с помощью влагалищных зеркал. Надвлагалищная часть лежит выше места прикрепления к шейке стенок влагалища. В шейке матки проходит цервикальный канал, имеющий наружный и внутренний зев. У нерожавших женщин наружный зев имеет округлую форму, у рожавших – форму щели.

Слизистая оболочка цервикального канала представлена однослойным цилиндрическим эпителием и богата железами.

Влагалищная часть шейки матки снаружи покрыта многослойным плоским эпителием и желез не содержит. Эти два вида эпителия имеют четкую границу раздела, расположенную у наружного зева и особенно хорошо выраженную у нерожавших женщин.

Стенка матки представлена тремя слоями:

- 1) слизистой оболочкой (эндометрием);
- 2) мышечной оболочкой (миометрием);

3) серозной оболочкой (периметрием).

В области перешейка между серозной и мышечной оболочками расположена клетчатка.

Серозная оболочка образована брюшиной, которая переходит с передней брюшной стенки на мочевой пузырь и матку, формируя пузырно-маточное углубление. Переходя с матки на прямую кишку, брюшина образует прямокишечно-маточное, или дугласо-во пространство.

Боковые поверхности матки свободны от брюшины.

Мышечная оболочка включает три слоя мышц:

1) наружный (поверхностный), мышечные волокна которого имеют продольное и косое направление;

2) средний (сосудистый) с циркулярным и продольным направлением волокон;

3) внутренний (подсосудистый) с преимущественно циркулярным направлением мышечных пучков.

Слизистая оболочка полости матки (эндометрий) плотно спаяна с мышечным слоем. Покрыта однослойным плоским эпителием. В слизистой оболочке матки различают функциональный слой, отторгающийся во время менструации, и базальный, служащий основой для регенерации функционального слоя. В зависимости от фазы менструального цикла и возраста женщины толщина эндометрия колеблется от 0,5 до 5 мм. Железы эндометрия выделяют незначительное количество водянистого щелочного секрета, увлажняющего полость матки. В цервикальном канале эпителий слизистой оболочки представлен высокими цилиндрическими клетками. Находящиеся в нем железы продуцируют вязкий слизистый секрет щелочной реакции, образующий слизистую пробку.

Полость матки на фронтальном разрезе имеет треугольную форму. Верхние углы треугольника переходят в просвет маточных труб, нижний – в участок внутреннего зева.

Матка располагается в центре полости малого таза и поддерживается парными связками (широкими, круглыми и крестцово-маточными). Широкие связки матки состоят из переднего и заднего листков брюшины, идущих от латеральных краев матки к стенкам таза. Внутренние две трети верхнего края широкой связки матки формируют мезосальпинкс – брыжейку маточных труб. Наружные трети верхнего края широкой связки матки образуют подвешивающие связки яичников, в которых проходят яичниковые артерии. Плотные части нижних краев широких связок образуют поперечные шеечные связки, в которых проходят маточные сосуды и нижняя часть мочеточников. Пространство между листками широкой связки матки в нижних ее отделах заполнено клетчаткой и называется *параметрием*.

Круглые связки отходят от латеральных краев матки несколько ниже и кпереди от маточных труб и заканчиваются в паховых каналах и верхних частях больших половых губ.

Крестцово-маточные связки проходят по направлению кзади и латерально от надвлагалищной части шейки матки к прямой кишке, заканчиваясь в тазовой фасции на уровне II–III крестцовых позвонков. Они состоят из соединительнотканых и мышечных волокон, покрытых брюшиной.

Матка обладает физиологической подвижностью. При наполнении мочевого пузыря она смещается кзади, при переполнении прямой кишки – кпереди, беременная матка поднимается кверху. После устранения причины, вызвавшей смещение, матка вновь занимает исходное положение в центре малого таза.

Матка выполняет следующие функции:

1) детородную;

2) менструальную;

3) секреторную.

Матка получает кровь от маточных (из системы внутренней подвздошной артерии) и яичниковых (отходящих непосредственно от аорты) артерий. Лимфоотток происходит в паховые, бедренные, подвздошные и парааортальные лимфатические узлы.

Маточные трубы (*tubae uterinae, tubae Fallopii*) – парные трубчатые образования длиной 10–12 см – начинаются в верхних углах матки и тянутся по верхнему краю широкой связки, заканчиваясь воронкообразным расширением.

В трубе различают:

- 1) узкий интерстициальный отдел (в толще маточной стенки) с отверстием около 1 мм, открывающимся в полость матки;
- 2) истмический отдел или перешеек длиной 4 см и диаметром 4 мм, расположенный сразу после выхода трубы из матки;
- 3) расширяющийся ампулярный отдел длиной до 8 см, шириной 0,5–1,5 см;
- 4) воронку трубы, поперечник которой составляет 2 см, с отверстием диаметром 2 мм.

Края воронки оканчиваются многочисленными тонкими отростками – фимбриями, которые как бы охватывают яичник. Стенки труб состоят из трех слоев:

- 1) слизистой оболочки;
- 2) мышечной оболочки;
- 3) серозного (брюшинного) покрова.

Слизистая оболочка образует многочисленные продольные древовидные складки, количество, высота и толщина которых увеличиваются в направлении от истмической части к ампулярной. Слизистая оболочка трубы выстлана однослойным цилиндрическим эпителием, реснички которого мерцают в направлении от брюшного устья к маточному. Между клетками цилиндрического эпителия имеются низкие эпителиальные секреторные клетки.

Мышечная оболочка маточных труб содержит три слоя мышечных волокон:

- 1) внутренний продольный;
- 2) наружный продольный;
- 3) срединный круговой.

В детском и подростковом возрасте перистальтика маточных труб практически отсутствует, так как она регулируется эстрогенами и важна только в репродуктивный период.

В детстве трубы сильно извиты. В менопаузе стенки труб истончаются, тонус мускулатуры снижается, перистальтика отсутствует, складки сглаживаются, иногда зарастает просвет.

Функции маточных труб:

- 1) продвижение яйцеклетки в полость матки за счет перистальтических сокращений мускулатуры;
- 2) оплодотворение и первые фазы развития оплодотворенного яйца (от зиготы до эпибластулы), происходящие в ампулярном отделе маточных труб.

Яичники (*ovarium*) – парные женские половые железы. Имеют уплощенную овоидную форму, длину 3–4 см, ширину 2–2,5 см, толщину 1–1,5 см. Поверхность яичников в детском возрасте гладкая, затем становится бугристой, покрытой рубцами. В климактерическом периоде яичники уплотняются, сморщиваются и уменьшаются в размерах.

Яичник прикреплен одним краем к заднему листку широкой маточной связки. Вся остальная его поверхность не покрыта брюшиной и свободно выдается в полость малого таза. *Маточно-яичниковая* связка, или собственная связка яичника, проходит от задне-латеральной поверхности матки, позади места отхождения маточных труб, к нижнему полюсу яичника. *Воронкотазовая (подвешивающая) связка* яичника идет от верхнего полюса яичника к стенке таза и содержит яичниковые сосуды и нервы.

В яичнике различают:

- 1) эпителий, покрывающий свободную поверхность;
- 2) белочную оболочку;
- 3) корковый слой;
- 4) мозговой слой.

Эпителий яичника (зародышевый эпителий) в период внутриутробного развития и раннего детства участвует в образовании первичных фолликулов. Белочная оболочка располагается под эпителием; она состоит из тонких коллагеновых волокон, расположенных параллельно поверхности яичника. К белочной оболочке прилегает корковый слой яичника, который состоит из тонковолокнистой соединительнотканной стромы и фолликулов на разной стадии созревания (примордиальных, первичных, полостных, зреющих и зрелых фолликулов – графовых пузырьков). По мере созревания фолликулы приближаются к поверхности и увеличиваются в размерах. В момент наступления полного созревания фолликул лопается, яйцеклетка с жидкостью выходит в брюшную полость (овуляция), затем в брюшное отверстие трубы. Полость фолликула заполняется кровью и превращается в желтое тело менструации. Если оплодотворение не происходит, за 2–3 дня до начала менструации начинается его обратное развитие: прекращается гормональная функция, исчезает желтая окраска, и желтое тело превращается в белое тело. Если же беременность наступила, образуется желтое тело беременности. Со второй половины беременности его функции берет на себя плацента. Желтое тело редуцируется и превращается в белое тело.

Мозговой (медуллярный) слой яичника состоит из соединительнотканной стромы и мышечных волокон. В строме проходят многочисленные кровеносные и лимфатические сосуды и нервы.

Функции яичников следующие.

1. Генеративная (гаметогенная). К моменту рождения яичники содержат от 100 000 до 2 000 000 примордиальных фолликулов. К периоду полового созревания часть их атрофируется и их остается около 36 000. После завершения пубертатного периода остается 300–400 фолликулов, и под влиянием гонадотропных гормонов гипофиза каждый месяц созревает по одному фолликулу. Циклическая генеративная функция продолжается до 45–50 лет и прекращается в период менопаузы.

2. Секреторная (эндокринная). Яичники продуцируют эстрогены, прогестерон и андрогены. Продукция эстрогенов начинается еще в эмбриональном периоде. После рождения идет фаза пониженной секреции, т. е. атрофия примордиальных фолликулов не сопровождается продукцией эстрогенов. В пубертатном периоде в яичниках появляются полостные зреющие фолликулы, атрофия которых создает постоянный эстрогенный фон, обеспечивающий формирование по женскому типу вторичных половых признаков, психики и сексуального поведения. От менархе до менопаузы наряду с фоновой эстрогенной секрецией происходят циклические ежемесячные всплески эстрогенной насыщенности, совпадающие с разрывом зрелого фолликула и выходом готовой к оплодотворению яйцеклетки.

После разрыва фолликула его оболочка превращается во временную железу внутренней секреции – желтое тело, существующее до тех пор, пока возможно оплодотворение. Желтое тело продуцирует прогестерон, подготавливающий матку к имплантации оплодотворенного яйца.

В случае наступления беременности яичники в течение 2–3 месяцев выполняют гестативную функцию, направленную на сохранение данной беременности. Затем эту функцию выполняет плацента.

Физиология женских половых органов

В организме здоровой женщины происходят сложные циклические изменения, подготавливающие организм к беременности и объединенные названием «менструальный цикл».

Продолжительность менструального цикла вариабельна у разных женщин. В среднем менструальный цикл длится 28 дней, но подвергается колебаниям от 21 до 35 дней. Цикличе-

ские изменения укладываются в срок от первого дня последней менструации до первого дня следующей.

Сама менструация является заключением физиологических процессов, направленных на подготовку к беременности в случае, если яйцеклетка будет оплодотворена, и длящихся 3–4 недели. Менструация свидетельствует о гибели неоплодотворенной яйцеклетки. Но вместе с тем менструация – наиболее яркое проявление циклических процессов, поэтому с точки зрения практики удобнее начинать исчисление цикла с первого дня последней менструации.

Наиболее ярко циклические изменения выражены в яичниках (яичниковый, овариальный цикл) и слизистой оболочке матки (маточный цикл). В других половых органах циклические изменения выражены гораздо меньше. Имеют значение также циклические изменения, происходящие во всем организме.

Периоды жизни женщины

В жизни женщины различают следующие возрастные периоды: эмбриональный период, детство, период полового созревания, период половой зрелости, климактерический период, менопаузу, старческий период.

Эмбриональный (антенатальный) период длится с момента оплодотворения до рождения ребенка. В конце первого месяца внутри-утробного развития начинают формироваться половые органы (матка, маточные трубы, верхняя часть влагалища). Парные мюллеровы протоки в процессе эмбриогенеза сближаются и соединяются. Из каждого мюллерова протока формируется половина матки, влагалища и одна маточная труба. Наружные половые органы образуются из мочеполювого синуса, яичники – из первичной гонады.

С седьмого месяца внутриутробного развития матка интенсивно растет под влиянием плацентарных эстрогенов. К моменту рождения длина матки составляет около 3,8 см, причем длина тела матки составляет лишь около 1/3 всей длины органа. После рождения количество эстрогенов резко снижается, размеры матки уменьшаются до уровня 7-месячного плода. Дальнейший рост матки начинается после 2-летнего возраста.

Период детства (препубертатный) длится с момента рождения до 10 лет.

Влагалище девочек в этот период отличается сглаженностью сводов и имеет почти вертикальное направление за счет того, что матка с придатками находится за пределами малого таза. Стенки влагалища близко прилежат друг к другу, просвет его имеет вид щели. Постепенно при опускании матки в малый таз ось влагалища изменяется. Длина влагалища также увеличивается с возрастом.

Слизистая оболочка влагалища в период детства тонкая, складок немного, и они недостаточно выражены. Мышечный слой и сосудистая сеть развиты слабо.

По мере развития сосудов и эластических волокон складки влагалища становятся более выраженными. Особенно хорошо они развиты в нижних двух третях передней и задней стенок влагалища по средней линии. Слизистая оболочка влагалища покрыта многослойным плоским эпителием. У новорожденных он состоит из 30 и более слоев богатых гликогеном эпителиоцитов.

Микрофлора влагалища в первые часы после рождения отсутствует. Влагалище заселяется микроорганизмами в первые сутки после рождения ребенка. Через 3–4 дня под влиянием палочек До-дерлейна начинается процесс самоочищения влагалища. Позже во влагалище появляются кокки.

Матка у девочек очень подвижна, находится в положении *an-teversio*. С возрастом ее положение изменяется.

Крово- и лимфообращение в матке в этот период снижено, железистый аппарат недоразвит.

Слизистая оболочка матки у девочек имеет складки, идущие от дна матки до шейного канала. С возрастом складки слизистой оболочки матки постепенно сглаживаются и полностью исчезают к периоду половой зрелости.

Маточный зев у девочек не до конца сформирован, что способствует проникновению инфекции.

Маточные трубы в препубертатном периоде длинные, извилистые, тонкие, слабо развитым мышечным слоем, не имеют определенного положения в малом тазе. С возрастом они становятся толще, расширяется их просвет.

Яичники у девочек расположены над входом в малый таз, затем они постепенно опускаются и занимают свое место в малом тазе. Яичники имеют веретенообразную форму и гладкую поверхность и содержат большое количество примордиальных фолликулов. Часть из них с возрастом атрезируется.

Период полового созревания (пубертатный период) длится с 10 до 16 лет.

Одним из признаков пубертатного периода являются менструации. Первая менструация (менархе) приходит в среднем в 13–14 лет. Вначале кровянистые выделения носят ациклический характер, цикл могут быть ановуляторным. Затем (через 1–2 года) под влиянием половых гормонов выделения становятся циклическими. Менструальный цикл составляет в среднем 28–39 дней, сама менструация длится 3–7 дней. Объем кровопотери составляет не более 30–80 мл.

В этот период происходит разделение эндометрия на базальный и функциональный слои. Между шейкой и телом матки формируется угол. Влагалище удлиняется и меняет свое положение. Маточные трубы становятся короче, толще, их просвет увеличивается.

Период половой зрелости (репродуктивный период) длится от 18 до 45 лет. Характеризуется активностью всех функций полового аппарата, направленных на деторождение.

Климактерический период (климакс) начинается с 45–50 лет и длится 2–3 года. В этот период прекращается менструальная функция. Климакс может протекать без нарушений общего состояния женщины (физиологический климакс) либо с вегетососудистыми нарушениями (патологический климакс). В период климакса утрачивается репродуктивная функция, но сохраняется половая.

Период менопаузы (постклимактерический период) длится до 70 лет. Характеризуется стойким прекращением менструаций. В этот период снижается функция яичников, происходит возрастная инволюция половых органов, снижается тургор кожи, нарушается обмен веществ.

Старческий (сенильный) период начинается с 70 лет и длится до конца жизни. Продолжаются развиваться изменения, начавшиеся в период менопаузы. Происходит постепенная атрофия половых органов.

Циклические изменения во всем организме

Циклические изменения в яичниках и матке, а также колебания уровня яичниковых гормонов воспринимаются нервными окончаниями и передаются в центральную нервную систему, воздействуя на ее функции и на состояние всего организма. У многих женщин перед менструацией отмечаются:

- 1) раздражительность;
- 2) сонливость;
- 3) повышенная утомляемость;
- 4) повышение сухожильных рефлексов;

5) потливость.

После менструации эти явления проходят.

В предменструальном периоде возникают некоторое учащение пульса, повышение артериального давления, повышение температуры на несколько десятых градуса. Во время и после менструации эти показатели выравниваются.

Заметные изменения в течение менструального цикла происходят в молочных железах. Перед менструацией появляется некоторое увеличение их объема, нагрубание, связанное с образованием под действием половых гормонов новых очагов железистой ткани. С наступлением менструации новообразовавшаяся железистая ткань подвергается обратному развитию и указанные явления проходят.

У здоровых женщин при нормальном менструальном цикле циклические изменения, происходящие в организме, не отражаются на общем самочувствии и не снижают трудоспособности.

Яичниковый цикл

Яичниковый цикл состоит из двух фаз:

- 1) фолликулиновой;
- 2) лютеиновой.

Фолликулиновая фаза начинается с конца менструации и заканчивается овуляцией, *лютеиновая фаза* начинается после овуляции и заканчивается с началом следующей менструации. Яичник также выполняет эндокринную функцию, которую обеспечивают функционирующий фолликул и желтое тело.

Процесс фолликулогенеза начинается в яичнике в антенатальном периоде и заканчивается в постменопаузе. Всего образуется около 400 000–500 000 фолликулов, из них только 400–500 проходят полный цикл развития, остальные подвергаются атрезии. Полный цикл развития включает развитие фолликула от примор-диального до преовуляторного, овуляцию и превращение в желтое тело.

Примордиальный (первичный) фолликул состоит из незрелой яйцеклетки и покрыт одним слоем эпителиальных клеток и соединительнотканной оболочкой. Процесс созревания фолликула занимает первые 12–14 дней менструального цикла.

В этот период яйцеклетка в 5–6 раз увеличивается в размерах, покрывается бесструктурной оболочкой, двукратно делится. При первом делении образуются две неравноценные клетки: меньшая клетка выбрасывается, а большая подвергается второму, редукционному делению. При этом делении клетка теряет половину хромосом, приобретает, таким образом, гаплоидный набор хромосом и становится пригодной для оплодотворения и созревания.

Фолликулярный эпителий из однослойного становится многослойным и превращается в зернистую оболочку яйцеклетки. Вначале клетки зернистой оболочки целиком заполняют пространство между яйцеклеткой и соединительнотканной оболочкой, затем между ними образуются пустоты. Они постепенно сливаются в одну полость, заполненную жидкостью, продуцируемой фолликулярной оболочкой и содержащую эстрогены. Клетки зернистой оболочки сдвигаются этой полостью частично к яйцу, а частью к стенке фолликула. Те клетки зернистой оболочки, которые прилежат к яйцеклетке, формируют ее лучистый венец. Клетки, лежащие пристеночно, формируют яйценосный бугорок, в котором и располагается яйцеклетка. К моменту созревания фолликула яйцеклетка отходит от яйценосного бугорка и располагается в фолликулярной жидкости.

Соединительнотканная оболочка фолликула прорастает кровеносными сосудами и дифференцируется на две теки:

- 1) внутреннюю;

2) наружную.

Внутренняя тека богата клеточными элементами и капиллярами. Наружная тека образована плотной соединительной тканью и содержит более крупные сосуды.

Созревающий фолликул увеличивается в размере и начинает выпячиваться над поверхностью яичника, причем яйценосный бугорок с яйцеклеткой оказывается в этом выпячивании. Продуцируемая фолликулярная жидкость растягивает фолликул, стенка его и прилежащая ткань яичника истончаются, и происходит разрыв зрелого фолликула – овуляция. Освободившаяся яйцеклетка, окруженная лучистым венцом, попадает в брюшную полость, а затем в маточную трубу, где может произойти оплодотворение.

Овуляция происходит примерно через 12–14 дней при 28-дневном цикле.

На месте разорвавшегося фолликула образуется железа внутренней секреции – *желтое тело*, продуцирующая прогестерон. Развитие желтого тела длится вторую половину менструального цикла – от овуляции до следующей менструации.

Разорвавшийся фолликул спадается, стенки его образуют складки, в центре образуется сгусток крови за счет небольшого кровотечения из разорвавшейся внутренней и наружной теки. Место разрыва зарастает. Клетки зернистой оболочки размножаются, увеличиваются в размерах и накапливают в протоплазме липоидное вещество желтого цвета – лютеин. Клетки зернистой оболочки превращаются в лютеиновые клетки желтого тела. Одновременно разрастается сосудистая сеть, формируются новые капилляры.

В случае оплодотворения яйцеклетки желтое тело продолжает функционировать в первые месяцы беременности как желтое тело беременности. Если беременность не наступила, то с последнего дня менструального цикла начинается обратное развитие желтого тела – желтое тело менструации. Лютеиновые клетки гибнут, сосуды запустевают, разрастается соединительная ткань, и на месте желтого тела образуется рубец, который затем исчезает. С начала обратного развития продукция прогестерона прекращается. В яичнике снова происходят созревание фолликула, овуляция и образование желтого тела.

Маточный цикл

Под влиянием эстрогенов и прогестерона, образующихся в фолликуле и желтом теле, в матке происходят циклические изменения тонуса, возбудимости и кровенаполнения.

Особо значимые изменения происходят в эндометрии. *Эндометрий* – оболочка матки, обращенная в просвет органа. С точки зрения циклических процессов он состоит из двух слоев:

- 1) базального;
- 2) функционального.

Базальный слой прилежит к мышечной оболочке матки – миометрию и не подвергается циклическим изменениям. Функциональный слой обращен в полость матки и изменяется в различные фазы менструального цикла.

Маточный цикл, как и яичниковый, длится в среднем 28 дней и состоит из фаз десквамации, регенерации, пролиферации и секреции.

Фаза десквамации проявляется менструальным кровотечением и длится в среднем 3–4 дня. В этот период функциональный слой слизистой оболочки матки отторгается и выделяется наружу вместе с содержимым маточных желез и кровью из разорвавшихся сосудов. Фаза десквамации эндометрия совпадает с началом гибели желтого тела в яичнике.

Фаза регенерации эндометрия начинается в период десквамации и заканчивается через 5–6 дней от начала менструации. Восстановление эндометрия происходит за счет клеток базального слоя, его сосудов и нервов.

Фаза пролиферации соответствует созреванию фолликула в яичнике и происходит под влиянием продуцируемого им эстрогена. Длится 14 дней цикла. Происходит разрастание

стромы и желез эндометрия. Железы удлиняются, штопорообразно извиваются, но секрета не содержат. В эту фазу слизистая оболочка матки утолщается в 4–5 раз.

Фаза секреции продолжается до конца цикла. Совпадает с расцветом желтого тела, под влиянием гормона которого (прогестерона) осуществляется. В эпителии желез накапливается гликоген, строма эндометрия набухает, улучшается его кровоснабжение. В строме эндометрия появляются псевдодецидуальные клетки. В результате в эндометрии создаются условия, благоприятные для развития зародыша в случае наступления беременности.

Если беременность не наступает, желтое тело погибает, функциональный слой эндометрия отторгается и наступает менструация.

Циклические изменения в других отделах полового аппарата

В шейке матки, влагалище и других отделах полового аппарата циклические изменения гораздо менее выражены.

Изменения в шейке матки в течение менструального цикла связаны с секрецией желез цервикального канала.

В первой половине менструального цикла они продуцируют прозрачную слизь. В период овуляции количество ее увеличивается, она становится тягучей, менее вязкой, что способствует лучшему продвижению сперматозоидов по цервикальному каналу. После овуляции эти изменения исчезают.

В маточных трубах в фолликулиновой фазе цикла отмечается некоторое утолщение слизистой оболочки, а в лютеиновую фазу клетки эпителия выделяют секрет, содержащий белки и гликоген.

Под влиянием колебаний уровня половых гормонов в течение менструального цикла клеточный состав в мазках со слизистой оболочки влагалища меняется. В многослойном эпителии влагалища различают четыре вида клеток:

- 1) базальные;
- 2) парабазальные;
- 3) промежуточные;
- 4) поверхностные.

Преобладание в мазках поверхностных клеток свидетельствует о достаточном уровне эстрогенов и характерно для предовуляторного периода. После овуляции под влиянием прогестерона желтого тела в мазках определяются преимущественно промежуточные клетки.

Анатомия мужских половых органов

Мужские половые органы делят на:

- 1) наружные;
- 2) внутренние.

К наружным половым органам относятся половой член, уретра и мошонка, к внутренним – яички с придатками, семявыносящие протоки, семенные пузырьки, предстательная и бульбоуретральная железа.

Наружные мужские половые органы

Половой член (penis) служит для выведения мочи из мочевого пузыря, является носителем основной эрогенной зоны и при половом акте способствует введению семени в глубокие отделы женских половых органов. В нем различают:

- 1) корень;
- 2) тело;
- 3) головку;

4) две поверхности:

а) переднюю (спинка полового члена);

б) заднюю (в спокойном состоянии).

Половой член состоит из двух *пещеристых тел* (собственно пещеристых тел), расположенных рядом сверху, и лежащего под ними одного *губчатого тела* (пещеристого тела мочеиспускательного канала).

Каждое из пещеристых тел пениса (правое и левое) имеет цилиндрическую форму. Задние концы пещеристых тел заострены, расходятся в стороны, образуя ножки полового члена, которые прикрепляются к нижним ветвям лобковых костей. Пещеристые тела сращены между собой медиальными поверхностями и покрыты общей для них белочной оболочкой пещеристых тел, которая образует между ними перегородку полового члена. Губчатое тело его расширено в проксимальном отделе и образует луковицу полового члена. Передний конец губчатого тела значительно утолщен и формирует головку полового члена.

Головка имеет форму тупого конуса, в углубление основания которого входят передние концы соединенных между собой пещеристых тел. Наиболее широкая часть головки – венец головки пениса. Проксимальнее венца головки расположена шейка головки полового члена. На свободном конце головки в виде вертикальной щели открывается наружное отверстие мочеиспускательного канала, на всем протяжении пронизывающего губчатое тело.

Пещеристые и губчатое тела полового члена состоят из множества ответвляющихся от белочной оболочки соединительнотканых перекладин – трабекул, которые формируют систему сообщающихся между собой полостей – каверн, выстланных эндо-телием. При наполнении каверн кровью их стенки расправляются, пещеристые тела полового члена набухают, становятся плотными (эрекция полового члена).

Тело полового члена покрыто тонкой подвижной кожей, вверху переходящей в кожу лобка и внизу – в кожу мошонки. На коже задней поверхности полового члена имеется шов, который переходит на кожу мошонки и промежности. У основания головки кожа полового члена образует хорошо выраженную складку – крайнюю плоть, закрывающую головку, а затем переходит в кожу головки полового члена. Крайняя плоть прикрепляется к шейке головки и на задней поверхности полового члена соединена с ней уздечкой крайней плоти. Кожа внутреннего листка крайней плоти содержит сальные железы. Между головкой полового члена и крайней плотью имеется щелевидная полость крайней плоти.

Пещеристые и губчатое тела окружены глубокой и поверхностной фасциями. На спинке пениса в фасции переходят сухожилия луковично-губчатой и седалищно-пещеристой мышц. Половой член фиксирован также поверхностной и глубокой подвешивающими связками. Поверхностная подвешивающая связка начинается от поверхностной фасции и белой линии живота и вплетается в поверхностную фасцию полового члена. Глубокая связка имеет форму треугольника, идет от нижней части лобкового симфиза и вплетается в белочную оболочку пещеристых тел.

Кожа и оболочки полового члена *кровоснабжаются* из наружных половых артерий и дорсальной артерии полового члена из внутренней половой артерии. Пещеристые и губчатое тела получают кровь по глубокой артерии полового члена и дорсальной артерии полового члена. Венозная кровь от полового члена оттекает по глубокой дорсальной вене полового члена и по вене луковицы полового члена в пузырное венозное сплетение, а также по глубоким венам полового члена во внутреннюю половую вену.

Лимфоотток от пениса осуществляется во внутренние подвздошные и поверхностные паховые лимфатические узлы.

Симпатическую *иннервацию* полового члена осуществляют симпатические волокна из нижнего подчревного сплетения, парасимпатическую – волокна из тазовых внутренностных нервов. Чувствительным нервом является дорсальный нерв полового члена из срамного нерва.

Мужской мочеиспускательный канал, или мужская уретра

(uretra masculina), – непарный орган, имеющий форму трубки диаметром 0,5–0,7 см и длиной 16–22 см, прободающий простату, мочеполовую диафрагму и губчатое тело полового члена. Служит для выведения мочи и выбрасывания эякулята. Уретра начинается внутренним отверстием мочеиспускательного канала в стенке мочевого пузыря, а заканчивается наружным отверстием на головке полового члена. Стенка мочеиспускательного канала состоит из:

- 1) слизистой оболочки;
- 2) подслизистой основы;
- 3) мышечной оболочки, представленной слоями гладкомышечных волокон:
 - а) продольными;
 - б) циркулярными.

В мочеиспускательном канале различают три части:

- 1) простатическую;
- 2) перепончатую;
- 3) пещеристую.

Предстательная часть имеет длину 2,5–4 см, проходит в вертикальном направлении через толщу предстательной железы. Является наиболее широким участком уретры. На задней стенке предстательной части мочеиспускательного канала находится продолговатое возвышение – гребень мочеиспускательного канала. Наиболее выступающая часть этого гребня – семенной холмик, или семенной бугорок, на вершине которого имеется углубление. По сторонам от этого углубления открываются устья семявыносящих протоков. Вокруг самого семенного холмика располагаются отверстия выводных протоков простаты.

Перепончатая часть уретры располагается между верхушкой предстательной железы и луковицей полового члена. Это самый короткий и узкий участок мочеиспускательного канала. В месте прободения мочеполовой диафрагмы уретра окружена циркулярными пучками поперечно-полосатых мышечных волокон, формирующих произвольный, или наружный, сфинктер мочеиспускательного канала.

Пещеристая, или губчатая, часть является самым длинным участком мочеиспускательного канала. Она проходит по всей длине губчатого тела полового члена.

Мужской мочеиспускательный канал заканчивается на головке пениса своим наружным отверстием, которое малорастяжимо, так как здесь в стенке канала залегает фиброзно-эластическое кольцо.

Мочеиспускательный канал в целом имеет Б-образную изогнутость и три сужения (в области внутреннего отверстия мочеиспускательного канала, при прохождении через мочеполовую диафрагму и у наружного отверстия уретры). Расширения просвета мужского мочеиспускательного канала имеются в предстательной части, в луковице полового члена и в его конечной части у наружного отверстия.

На всем протяжении слизистой оболочки мочеиспускательного канала имеются гроздевидные трубчато-альвеолярные железы Литтре. В толще мочеполовой диафрагмы над задним концом луковицы полового члена располагаются две куперовы железы, каждая размером с горошину. Их протоки прободают мочеполовую диафрагму и открываются в пещеристую часть мочеиспускательного канала в области луковицы полового члена. Куперовы железы и железы Литтре выделяют слизистый секрет, количество которого увеличивается при половом возбуждении.

Мошонка (scrotum) – выпячивание передней брюшной стенки, имеющие две разобщенные камеры для мужских половых желез. Мошонка расположена книзу и кзади от корня полового члена. В каждой камере мошонки находится яичко. Выделяют семь оболочек яичка:

- 1) кожу;
- 2) мясистую оболочку;
- 3) наружную семенную фасцию;
- 4) фасцию мышцы, поднимающей яичко;
- 5) мышцу, поднимающую яичко;
- 6) внутреннюю семенную фасцию;
- 7) влагалищную оболочку яичка, в которой выделяют две пластинки:
 - а) пристеночную;
 - б) внутренностную.

Кожа мошонки пигментирована, покрыта волосками. Под кожей располагается мясистая оболочка, сформированная из подкожной соединительной ткани паховой области и промежности и заменяющая подкожную жировую клетчатку. Мясистая оболочка содержит мышечные и эластические волокна. Она образует перегородку мошонки, разделяющую правое и левое яичко. Месту прикрепления перегородки на поверхности мошонки соответствует шов мошонки. Под мясистой оболочкой расположена наружная семенная фасция – производное поверхностной фасции живота. Под ней лежит фасция мышцы, поднимающей яичко, образованная из собственной фасции наружной косой мышцы живота. Непосредственно под этой фасцией лежит мышца, поднимающая яичко. Под мышцей располагается внутренняя семенная фасция, сформированная из поперечной фасции живота. Внутренняя семенная фасция сращена с пристеночной пластинкой влагалищной оболочки яичка, которая на задней поверхности яичка переходит в ее внутренностную пластинку, покрывающую яичко с придатком. Таким образом, между париетальной и висцеральной пластинками имеется замкнутая серозная полость.

Внутренние мужские половые органы

Яичко (testis) – парная мужская половая железа. Функция яичек – образование мужских половых клеток (сперматозоидов) и выработка мужских половых гормонов.

Яички, или семенники, располагаются в мошонке. Они отделяются друг от друга перегородкой мошонки. Имеют семь оболочек. Левое яичко расположено ниже правого.

Анатомически яичко представляет собой овальное, несколько сплюсненное с боков тело с гладкой блестящей поверхностью, плотной консистенции. Длина яичка 4–4,5 см, ширина – 2,5–3,5 см, толщина около 2 см. Масса яичка 20–30 г.

Яичко имеет две поверхности:

- 1) более выпуклую латеральную;
- 2) медиальную.

Оно также имеет два края:

- 1) передний;
- 2) задний, к которому прилежит придаток яичка.

В яичке различают верхний и нижний конец. На верхнем конце яичка часто есть небольшой отросток – привесок яичка.

Внутренностный (висцеральный) листок влагалищной оболочки яичка тесно связан с белочной оболочкой яичка, выполняющей функцию собственной соединительнотканной стромы яичка.

Белочная оболочка плотно срастается с паренхимой яичка в области заднего края и проникает внутрь в виде клина, образуя средостение яичка (гайморово тело), от которого веером расходятся фиброзные перегородки. Эти перегородки, соединяясь по своему периметру с наружным слоем белочной оболочки, отграничивают дольки конусообразной формы. Всего в яичке 250–300 долек, в каждой из которых находится 3–4 извитых семенных канальца. В средостении они переходят в более тонкие прямые семенные каналы, совокупность которых образует галлерову сеть яичка. В средостении из сети яичка формируются 12–15 тонких коротких выносящих канальцев яичка, направляющихся в придаток яичка, где они впадают в проток придатка яичка.

Основная структурно-функциональная единица яичка – *извитой семенной каналец*. Имеет диаметр просвета около 0,2 мм, и при длине дольки 2–3 см его длина составляет 30–35 м. Стенка канальца состоит из собственной соединительнотканной оболочки. Просвет канальца выстлан базальной мембраной, содержащей клетки герминативного эпителия и пирамидальные клетки Сертоли. В соединительной ткани, располагающейся между извитыми семенными канальцами, группами лежат полигональные клетки Лейдига, вырабатывающие мужской половой гормон – тестостерон.

Придаток яичка (*epididymis*) располагается вдоль заднего края яичка. В нем условно выделяют головку, тело и хвост. Придаток яичка представляет собой продолговатое тело длиной 5–8 см, равномерной толщины (0,8–1 см) или чуть расширяющееся ближе к головке, более мягкой консистенции, чем яичко. От хвоста придатка под острым углом отходит начальная извитая часть семя-выносящего протока.

Тело придатка подвижно и свободно, а головка и хвост фиксированы внутренней поверхностью серозными связками соответственно к верхнему и нижнему полюсу яичка.

Придаток состоит из большого количества петель протока придатка, разделенных рыхлой соединительной тканью на 5–18 конусообразных долек длиной около 1 см. Проток верхней дольки, выйдя из ее основания, поворачивает вниз, принимая все остальные протоки, и превращается в проток придатка.

Эпителий протока придатка представлен слоем базальных и призматических клеток. Базальные клетки появляются к периоду полового созревания. Призматические клетки продуцируют секрет, который после разрыва апикального конца клетки выходит в просвет протока придатка.

Сперматозоиды вырабатываются только в извитых семенных канальцах яичка. Все остальные каналы и протоки яичка и придатка яичка являются семявыводящими путями. Сперматозоиды входят в состав спермы, жидкая часть которой образована секретом семенных пузырьков и предстательной железы.

Кровоснабжение. Яичко и его придаток получают артериальную кровь из яичковой артерии (ветви брюшной аорты) и из артерии семявыносящего протока (ветви пупочной артерии).

Венозная кровь из яичка и придатка оттекает по яичковым венам, формирующим в составе семенного канатика лозовидное венозное сплетение. Яичковые вены впадают справа в нижнюю полую вену и слева – в левую почечную вену.

Лимфоотток происходит в поясничные лимфоузлы. Яичко и придаток яичка имеют симпатическую и парасимпатическую *иннервацию* из яичкового нервного сплетения.

Семявыносящий проток (*ductus deferens*) – парный орган, является продолжением протока придатка яичка и идет до места слияния с выделительным протоком семенного пузырька. Имеет плотную стенку, благодаря которой просвет никогда не спадается, а сам проток легко пальпируется в составе семенного канатика. Длина семявыносящего протока у взрослого мужчины составляет 35–50 см.

В семявыносящем протоке различают четыре части:

- 1) яичковую;
- 2) канатиковую;
- 3) паховую;
- 4) тазовую.

Яичковая часть – самый короткий (длиной около 2,5 см) отдел семявыносящего протока. Он находится позади яичка кнутри от его придатка. В этом отделе нередко имеются сужения при отсутствии воспалительных изменений.

Канатиковая часть поднимается вертикально вверх, проходит в составе семенного канатика медиальнее его сосудов и достигает поверхностного пахового кольца. Затем семявыносящий проток входит в паховый канал, где лежит его *паховая часть*. Выйдя из пахового канала через глубокое паховое кольцо, семявыносящий проток идет по боковой стенке малого таза вниз и кзади до слияния с выделительным протоком семенного пузырька (тазовая часть). В области малого таза проток проходит ретроперитонеально. В *тазовой части* семявыносящий проток расширяется, образуя ампулу семявыносящего протока длиной 3–4 см и шириной 7–10 мм. Книзу ампула постепенно сужается и на уровне верхнего полюса предстательной железы соединяется с выделительным протоком семенного пузырька.

Стенка семявыносящего протока состоит из оболочек:

- 1) слизистой;
- 2) мышечной;
- 3) адвентициальной.

Слизистая оболочка образует 3–5 продольных складок. В области ампулы слизистая формирует выпячивания – дивертикулы ампулы. Мышечная оболочка лежит снаружи от слизистой и состоит из трех слоев гладкомышечных волокон (циркулярного среднего, внутреннего и наружного продольного). В ампуле мышечные слои менее выражены. Снаружи стенка семявыносящего протока покрыта адвентициальной оболочкой.

Семенной пузырек (*vesicula seminalis*) – парный секреторный орган. Лежит в полости малого таза снаружи от ампулы семявыносящего протока, сверху от предстательной железы, сзади и сбоку от дна мочевого пузыря. В верхних отделах покрыт брюшиной.

Семенной пузырек имеет длину около 5 см, ширину 2 см и толщину 1 см, поверхность его бугристая. На разрезе имеет вид сообщающихся между собой полостей. У него различают переднюю поверхность, обращенную к мочевому пузырю, и заднюю, примыкающую к прямой кишке. Семенной пузырек имеет три оболочки:

- 1) наружную адвентициальную;
- 2) среднюю мышечную;
- 3) внутреннюю слизистую, образующую продольные складки.

В каждом семенном пузырьке различают верхний широкий конец – основание, средний отдел – тело и узкий нижний конец, который переходит в выделительный проток. Выделительный проток семенного пузырька и конечный отдел семявыносящего протока соединяются, формируя семявыбрасывающий проток, проходящий через предстательную железу и открывающийся в предстательную часть уретры сбоку от семенного бугорка. Длина семявыбрасывающего протока 2 см, диаметр просвета – 0,1–0,3 см.

Кровоснабжение. Семенной пузырек получает кровь из нисходящей ветви артерии семявыносящего протока из пупочной артерии. Восходящая ветвь этой артерии кровоснабжает стенки семявыносящего протока. Ампула семявыносящего протока получает кровь от ветвей средней прямокишечной и нижней пузырной артерии.

Венозная кровь оттекает в венозное сплетение мочевого пузыря, а затем во внутреннюю подвздошную вену.

Лимфа от семенных пузырьков и семявыносящего протока отходит во внутренние подвздошные лимфатические узлы.

Семенные пузырьки и семявыносящий проток *иннервирует* нижнее чревное сплетение.

Предстательная железа (prostate) – непарный мышечно-железистый орган, тесно прилежащий к нижней части мочевого пузыря и обхватывающий начало мочеиспускательного канала. Простату прободают начальный отдел уретры и оба семявыбрасывающих протока.

По форме простата напоминает округленный конус, основание которого прилежит к мочевому пузырю, а верхушка вытянута сверху вниз и сзади наперед к мочеполовой диафрагме. Основание предстательной железы спереди сращено с шейкой мочевого пузыря, а сзади к нему прилежат семенные пузырьки и ампулы семявыносящих протоков. Передняя поверхность простаты прилежит к лобковому симфизу и отделена от него венозным сплетением и парной лобково-предстательной связкой. Задняя поверхность обращена к ампуле прямой кишки и отделена от нее тонкой соединительнотканной пластинкой – прямокишечно-пузырной перегородкой. Боковые поверхности простаты граничат с мышцами, поднимающими задний проход, от которых отделены плотным апоневрозом. При сокращении этих мышц простата поднимается вверх.

Размеры предстательной железы варьируют в зависимости от возраста. До наступления половой зрелости она небольших размеров и представлена почти исключительно мышечным компонентом. Железистая ткань простаты развивается в пубертатном периоде. У взрослого мужчины продольный (верхненижний) размер предстательной железы составляет примерно 3 см, поперечный – 4 см, переднезадний (толщина) – приблизительно 2 см. Масса железы около 20–25 г.

Выделяют две доли предстательной железы – правую и левую, границей между которыми служит неглубокая бороздка на передней поверхности железы. В простате выделяют также перешеек, или среднюю долю железы, – участок ткани железы, выступающий на задней поверхности основания и ограниченный мочеиспускательным каналом спереди и семявыбрасывающими протоками сзади. Эта доля гипертрофируется в старческом возрасте и затрудняет мочеиспускание.

Снаружи предстательная железа покрыта капсулой, состоящей из плотной соединительной ткани с примесью гладких мышечных волокон. Основу железы образуют соединительная ткань с высоким содержанием эластических волокон и пучки гладких мышц, формирующие кольцевую мышцу простаты. Сверху она сливается с циркулярным мышечным слоем мочевого пузыря, снизу – с произвольным сфинктером перепончатой части мочеиспускательного канала. От капсул внутрь железы отходят соединительнотканые пучки – перегородки предстательной железы, разделяющие железистую ткань простаты на доли.

Железки простаты можно разделить на три группы.

1. Вокруг уретры расположены мелкие периуретральные железы, каждая из которых самостоятельно открывается в мочеиспускательный канал.

2. Затем идет слой подслизистых трубчато-альвеолярных желез, соединенных общими выводными протоками, впадающими с каждой стороны в мочеиспускательный канал.

3. В наружном слое простаты находятся главные, самые крупные железы, общие вводные протоки которых открываются на задней стенке уретры.

Периуретральные железы располагаются вокруг мочеиспускательного канала почти равномерно. Железы подслизистого и главного слоев лежат только в задней части простаты, передняя ее часть представлена мышечными волокнами, которые формируют кольцевую мышцу.

Секрет простаты – вязкая мутноватая жидкость белого цвета. Смешиваясь со спермой, секрет предстательной железы придает ей специфический запах, обусловленный наличием спермина. Секрет простаты содержит натрий, калий, цинк, лецитиновые капли, кислую фосфатазу и лимонную кислоту. Слизь в секрете простаты отсутствует.

Небольшие количества секрета предстательной железы непрерывно выделяются с мочой (секреция покоя). Секреция усиливается под действием парасимпатической импульсации и повышения концентрации андрогенов. Массивное выделение секрета происходит в момент семяизвержения, что обусловлено интенсивным сокращением ее мышечных волокон.

Предстательная железа получает кровь от ветвей нижних моче-пузырных и средних прямокишечных артерий из системы внутренних подвздошных артерий. Венозный отток от простаты осуществляется в венозное сплетение предстательной железы, из него – в нижние мочепузырные вены, а оттуда во внутренние подвздошные вены. Лимфоотток осуществляется во внутренние подвздошные лимфатические узлы. Иннервацию предстательной железы осуществляет простатическое нервное сплетение.

Бульбоуретральные железы (*Inc^BI bulbourethralis*) – парные, их секрет защищает слизистую оболочку мужской уретры от раздражения мочой. Бульбоуретральные железы располагаются в толще глубокой поперечной мышцы промежности кзади от перепончатой части уретры. Являются железами альвеоларно-трубчатого типа строения. Их выводные протоки прободают луковицу полового члена и открываются в мочеиспускательный канал.

Бульбоуретральные железы получают артериальную кровь из ветвей внутренних половых артерий. Венозный отток осуществляется в вены луковицы полового члена. Лимфоотток происходит во внутренние подвздошные лимфатические узлы.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕКСУАЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ

Основные проявления нормальной сексуальности у мужчин

Эрекция

Эрекция – увеличение полового члена в объеме по сравнению с состоянием покоя и приобретение им механической твердости, нужной для проведения нормального полового акта.

Эрекция является рефлекторным процессом. У человека эрекция зависит от понимания приводящих сигналов в центрах эрекции (тыльно-поясничных и крестцовых), целостности автономных нервов мужского полового члена, полноценности эректильных тканей и нормального кровоснабжения.

Факторы, вызывающие эрекцию, разделяют на две группы:

- 1) психогенные;
- 2) рефлексогенные.

К психогенным факторам относят:

- 1) слуховые;
- 2) зрительные;
- 3) обонятельные;
- 4) вкусовые;
- 5) осязательные, стимулирующие эротические центры мозга.

Рефлексогенные факторы вызывают эрекцию экстероцептивным или интероцептивным стимулированием половых органов, при участии мочевого пузыря или прямой кишки. Большинство рефлексогенных эрекций возникают во сне, наиболее часто при переполненном мочевом пузыре.

Эрекция – самое простое и стойкое проявление мужской сексуальности. Это связано с древностью филогенетических механизмов формирования эрекции и относительной автономностью периферических образований (спинальных, параспинальных и пара-органных вегетативных узлов и сплетений). Поэтому из всех проявлений мужской сексуальности эрекции формируются и выявляются первыми, отмечаясь у мальчиков даже в грудном возрасте. В то же время эрекции подвержены психотравмирующим воздействиям.

Переход полового члена от расслабленного состояния к эрек-тильному – сосудистое явление. Конечные ветви внутренних срамных артерий подводят кровь к эректильной ткани мужского полового члена, состоящей из двух пещеристых тел, расположенных на тыльной стороне полового члена, и губчатого тела, окружающего мочево-й канал. Эректильная ткань образована нерегулярными губчатыми системами и сосудистыми пространствами, расположенными между артериями и венами. Когда мужской поло-вой член расслаблен, в сосудистых пространствах очень мало крови и, по сути дела, они находятся в состоянии компрессионного ателектаза. В момент эрекции, после открытия соусть-ий между артериолами и сосудистыми пространствами в эректильной ткани, сосудистые пространства превращаются в полости, наполненные кровью. Клапаны иннервируются автономной нервной системой – волокнами, берущими свое начало в эректильных центрах (крестцовых и тыльно-поясничных). В момент передачи импульсов для эрекции клапаны расслабляются и пропускают в сосудистые пространства большое количество крови. В таких случаях величина артериального притока временно больше венозного оттока, в результате чего диаметр мужского поло-вого члена увеличивается. Кроме того, клапаны находятся и в дренажных венах эректильной ткани. Известно, что венозные клапаны сокращаются, когда артериальные расширяются, обуславливая набухание поло-вого члена за счет сокращения венозного оттока. Однако этот компонент имеет меньшее зна-чение.

Эякуляция (семяизвержение)

Это процесс выделения эякулята (продуктов деятельности семенников и придаточных половых желез). Эякуляция, как и эрекция, является рефлексорным актом, но более сложным, проходящим в определенной последовательности. В ходе семяизвержения происходит смешивание нескольких секретов, что способствует оптимизации активности и обеспечивает жизне-деятельность сперматозоидов.

Семяизвержение является рефлексорным процессом. Центр рефлекса располагается на уровне XII грудного – II поясничного сегментов спинного мозга. Нервный импульс идет по нервным волокнам через симпатический узел, затем в составе околкрестцового нерва тазо-вого сплетения подходит ко всем тазовым органам, в том числе и к половым. Околкрестцо-вый нерв обеспечивает двигательную иннервацию гладких мышц половых органов (придатков яичек, семявыводящего протока, семенных пузырьков предстательной железы, а также заднего сфинктера мочевого пузыря).

Собственно процесс семяизвержения проходит в два этапа: выведения и выбрасывания. Образующаяся в половых органах мужчины сперма представляет собой смесь секретов пред-стательной железы и придатков яичек.

1. *Первоначально (фаза выведения)* происходят сокращения добавочных органов поло-вого тракта (выносящих сосудов яичек, придатков яичек, семенных протоков, семенных пузырьков и предстательной железы). Простата ритмично сокращается, выбрасывая свой сек-рет (семенную жидкость) в просвет уретры. Секрет яичек (сперматозоиды) скапливается в семенном протоке и проталкивается новыми порциями секрета, продуцируемыми придатками яичек, в предстательную часть уретры. При этом луковица уретры расширяется, ее объем уве-личивается в 2–3 раза. Параллельно с накоплением спермы в предстательной части мочеиспус-кательного канала происходит закрытие внутреннего сфинктера мочевого пузыря. Этот меха-

низм препятствует попаданию спермы в мочевой пузырь и задерживает в нем мочу во время семяизвержения.

2. На следующем этапе (фаза выбрасывания) происходит расслабление наружного сфинктера мочевого пузыря, и сперма из предстательной части уретры выходит в луковицу мочеиспускательного канала и отрезок уретры полового члена. Этот процесс осуществляется за счет сокращения мышц промежности, наружного сфинктера мочевого пузыря, луковично-губчатых и седа-лишно-пещеристых мышц, луковицы мочеиспускательного канала. Первые 2–3 сокращения мочеиспускательного канала на отрезке полового члена сильнее последующих и выбрасывают семенную жидкость на расстояние до 1 м от наружного отверстия уретры.

Примерно до 30-летнего возраста семяизвержения могут происходить часто, периоды половой невозбудимости короткие.

Оргазм

Это высшая степень наслаждения в момент окончания полового акта.

Существует несколько теорий происхождения оргазма. Гипотезы, основанные на периферическом происхождении его, объясняли его возникновение сокращением семяизвергающих мышц или преодолением семенной жидкостью узких устьев семявыносящих протоков, открывающихся в заднюю часть уретры в области семенного бугорка. Другие гипотезы обосновывали центральный механизм формирования оргазма, связывая его с раздражением центров спинного мозга или параспинальных образований, либо с существованием в головном мозге особого центра, который в момент возбуждения выбрасывает в другие клетки мозга дурманящее вещество.

Согласно современной теории оргазм есть результат сложного взаимодействия структур нескольких уровней (тазового, спинального, диэнцефального и церебрального).

Первая фаза эякуляции (преодоление семенной жидкостью узких устьев семявыносящих протоков и поступление ее в простатическую часть мочеиспускательного канала) вызывает афферентные импульсы, поступающие в высшие корковые центры головного мозга и воспринимаемые как ощущение неотвратимости оргазма, но еще не сам оргазм.

Во второй фазе оргазма афферентные импульсы из простатической части уретры поступают в корковый центр в парацентральных долях, куда уже поступили импульсы с эрогенной зоны головки полового члена. Восприятие этих импульсов с простатической части уретры уже сенсibilизированным корковым центром вызывает цепную реакцию, которая проявляется серией мышечных спазмов, проходящих по наружной уретре, и выраженным сенсорным компонентом.

Условно весь этот механизм делят на два уровня:

- 1) церебральный;
- 2) сегментарный.

Церебральный уровень объединяет все корковые условно-рефлекторные комплексы половой сферы и парацентральные доли, сегментарный – поясничный и крестцовый отделы спинных центров эякуляции. Сегментарный уровень представляет собой функциональный субстрат эякуляции и связан с двигательными проявлениями, обеспечивающими переход первой фазы эякуляции во вторую. Церебральный уровень связан с восприятием и оценкой сенсорного компонента.

Либи́до (половое влечение)

В формировании полового влечения мужчины участвуют практически те же уровни, что и при возникновении оргазма, но преобладает все же церебральный компонент.

Г. С. Васильченко выделяет в мужском либидо три функциональных уровня.

Первый уровень – энергетический, носит врожденный характер. Его анатомо-физиологическим субстратом являются глубокие образования головного мозга (лимбическая система, зрительные бугры, гипоталамус, гипофиз) и периферические железы внутренней секреции (семенники, надпочечники). Этот уровень обеспечивает проявление полового инстинкта, наличие и степень выраженности всех сексуальных проявлений, снижение порога восприятия эрекционного, эякуляционного и оргастического центров, что облегчает наступление этих процессов. Энергетический компонент мужского либидо начинает формироваться в эмбриональном периоде, однако первые четкие проявления его выявляются с пубертатного возраста. Проявляется между пубертатным периодом и угасанием половых интересов.

Второй компонент – селективность в выборе полового партнера, формах осуществления половых актов, а также восприятию и оценке своей роли в них. Анатомо-физиологический субстрат, кроме субкортикальных структур, включает также корковые центры. Этот уровень носит врожденно-приобретенный характер. Существует с момента осознания себя как личности до угасания сознания.

Третий компонент является производным энергетического компонента, определяет периодическую смену подъемов и спадов полового влечения, но существует гораздо меньшее время – дни или недели.

В основе периодических колебаний полового влечения лежат две закономерности, описанные отечественными учеными. Первая закономерность заключается в том, что накапливающийся эякулят механически воздействует на растягиваемые стенки выводных протоков и семенных пузырьков и повышает половую возбудимость, а выброс эякулята сжижает это давление, тем самым снижая либидо (феномен Тарханова). Однако секрет предстательной железы, который в период полового воздержания не выводится через уретру, всасывается в кровяное русло. Поступающий в кровь секрет предстательной железы тормозит секреторную активность яичек, поэтому в периоды повышенной половой активности деятельность семенников усиливается, а в периоды полового воздержания снижается (феномен Белова).

Г. С. Васильченко выделяет следующие стадии развития либидо:

1) понятийную стадию, когда у ребенка формируется сознание и отнесение себя к одному из полов, осознание факта раздельнополости. Половое влечение как таковое в этот период отсутствует;

2) романтическую (платоническую) стадию. Характеризуется фантазиями, воображаемыми подвигами, которые совершаются в честь идеализируемого объекта первой влюбленности. На этой стадии происходит возвышение полового инстинкта до истинно человеческой любви;

3) эротическую стадию. Характеризуется стремлением к нежности, ласковым словам и прикосновениям. Как правило, она не свойственна большинству молодых мужчин, но может отмечаться при задержке психосексуального развития;

4) сексуальную стадию. Протекает на фоне низших эмоций и поддерживается продуктами секреции половых желез (феномен Тарханова). Проявления этой стадии превышают обычную физиологическую потребность и характеризуются рядом неконтролируемых явлений (интересом к сексуальной тематике, спонтанными эрекциями, ночными поллюциями). На этой почве возникают душевные кризисы из-за несоответствия возникающих явлений со сложившимися морально-этическими установками;

5) стадию зрелой сексуальности характеризуется приобретением полного контроля над своим сексуальным поведением.

Основные проявления нормальной сексуальности у женщин

Эрогенная реактивность

Это способность индивидуума воспринимать сексуальные стимулы и отвечать на них специфическими физиологическими реакциями, сопровождающимися стремлением к близости и приятными переживаниями.

По Г. С. Васильченко, эрогенная реактивность представляет собой единый рецепторный процесс, в котором взаимодействуют внешние (ситуация, стимул) и внутренние (доминирующая мотивация) условия.

Мотивационное возбуждение у женщин относительно слабое, гораздо большее значение имеют внешние воздействия. Половое возбуждение у женщин возникает при тактильной стимуляции различных участков кожи и слизистых – так называемых эрогенных зон.

По мнению многих сексологов, в эрогенных зонах, помимо обычных нервных окончаний, существуют и специфические – рецепторы половой чувствительности (генитальные тельца), которые реагируют на прикосновение. Наиболее возбудимой эрогенной зоной у мужчин является головка полового члена. Все нервные окончания, дающие приятные ощущения и поддерживающие эрекцию, находятся именно в головке мужского органа. Менее возбудимыми эрогенными зонами являются корень пениса и мошонка. Смещение кожи полового члена и скольжение крайней плоти по головке тоже вызывают возбуждение. Головка пениса возбуждается при соприкосновении с чем-либо. Во время фрикций, если ширина вагины женщины оптимальна для полового органа мужчины, сладостные ощущения возникают от движений крайней плоти по половому члену. Но головка пениса получает недостаточную стимуляцию, если нет соприкосновения с шейкой матки, т. е. вся остальная длина полового члена служит как бы для доставки головки к шейке матки. Хотя при этом скольжение крайней плоти и кожи полового члена по стенке влагалища тоже является стимуляцией, но в некоторых случаях мужчинам этого бывает недостаточно, если пенис не достает до шейки матки.

У женщин большее значение имеют экстрагенитальные эрогенные зоны. Кроме того, у женщин в отличие от мужчин роль эрогенной зоны может выполнять практически любая часть тела. Соотношение наиболее важных эрогенных зон женщин, по данным А. Кинси, А. М. Свядоща, М. Кинессы, У. Мастерса, В. Джонсон и других сексологов, примерно таково: на первом месте – клитор, на втором – шейка матки и стенки влагалища и на третьем – соски груди. Важными эрогенными зонами являются также малые половые губы, вход во влагалище и наружное отверстие уретры (мочеиспускательного канала). Однако одни и те же наиболее типичные эрогенные зоны для одной женщины могут быть положительными, для другой – индифферентными, для третьей – отрицательными.

Специфическим органом женской половой чувствительности является клитор. Единственной его физиологической ролью является вызывание чувства сладострастия. По данным американского ученого А. Кинси, клитор дает до 70 % женского сладострастия. Шейке матки принадлежит от 15 до 25 %, соскам груди – 10–15 %.

Клитор находится в верхней части половой щели, непосредственно под лобком, в виде небольшого конусовидного бугорка. Размеры его могут быть от нескольких миллиметров до 3 см. В спокойном состоянии внешне клитор может быть почти невидим, под пальцами ощущается как мягкое уплотнение величиной с просыное зерно или как мягкий сосочек. Он покрыт складкой тонкой кожи. Если эта складка очень плотная, то чувствительность клитора может быть снижена. В состоянии полового возбуждения женщины клитор увеличивается в 1,5–2 раза, становится плотным, головка его приближается ко входу во влагалище. Клитор, а особенно его головка, содержит в 3–4 раза больше нервных окончаний, чем головка пениса.

Возбудимость клитора и эротическая реакция женщины не зависят от его величины. По данным А. М. Свядоща, ведущего отечественного специалиста в области женской сексопатологии, чувствительность клитора у разных женщин избирательна. Одни женщины реагируют на ритмичное давление, другие – на медленные легкие прикосновения, третьи – на давление на тело и головку с потягиванием их вверх.

Большинству женщин требуется частая смена места и способа стимуляции, так как через несколько десятков секунд становится невозбудимым участок клитора, на который оказывалась стимуляция, но становится высоковозбудимым близлежащий участок. Стимуляция клитора у некоторых женщин вызывает эротическую реакцию лишь в том случае, если ей предшествуют общие ласки, которые усиливают возбуждение женщины.

Малые губы гораздо менее восприимчивы к возбуждению, чем клитор.

Возбудимость влагалища у разных женщин различна. У большинства женщин наиболее чувствительны вход и наружная треть влагалища. Они реагируют на давление и касательные ритмичные раздражения, которые осуществляются при фрикциях.

А. М. Свядощ считает наиболее чувствительной для стимуляции переднюю стенку влагалища. Он установил, что высоковозбудимой является определенная зона вагины, которую назвал зоной Б. Для стимуляции этой зоны требуется глубокое ритмичное давление на переднюю стенку наружной четверти влагалища и лежащие за ней ткани с прижатием стенки вагины к внутренней поверхности лобковой кости. Обычное давление на эту зону, которое происходит при фрикциях, оказывает слабое эротическое воздействие. Некоторые женщины реагируют на глубокое ритмическое давление на заднюю стенку влагалища и мышцы промежности.

Важной эрогенной зоной является шейка матки. В ней находится большое количество нервных окончаний, узлов и сплетений, механическое раздражение которых дает женщине ощущение половой сладости.

Зарубежные сексологи считают, что участие шейки матки в возникновении оргазма составляет от 15 до 25 %. Если головка полового члена не касается шейки матки во время полового сношения, то эта доля выпадает. Однако если партнер не осуществляет стимуляции клитора, то одной лишь стимуляции шейки матки недостаточно для достижения женщиной оргазма. Она становится возбудимой только после ласк на клиторе.

Стимуляция сосков груди у 50 % женщин вызывает половое возбуждение, а у некоторых может даже привести к наступлению оргазма. Описаны случаи, когда женщина испытывала приятные ощущения при кормлении ребенка грудью, а также при сцеживании грудного молока. В первые годы половой жизни основной эрогенной зоной является клитор, поэтому стимуляция одного лишь влагалища женщине приятна, но для достижения оргазма практически ничего большинству женщин не дает. С возрастом значимость эрогенных зон несколько меняется, но клитору по-прежнему принадлежит основная роль.

Другие эрогенные зоны индивидуальны у каждой женщины – внутренняя поверхность бедер, губы, ухо, шея, грудь, подмышки, область живота или спины, ягодицы, анус.

Раздражение эрогенных зон у большинства женщин вызывает половое возбуждение только в случае, если она настроена на сексуальный контакт (психоэротическая настроенность).

Прикосновение к эрогенным зонам во многом зависит от отношения женщины к мужчине, который оказывает стимуляцию. Ощущения от ласк любимого вызывает у нее желание близости и сексуальное возбуждение, а если малознакомый или неприятный ей мужчина прикоснется к ее груди, не говоря уже о половых органах, то, кроме отвращения, большинство нормальных женщин ничего испытывать не будут.

Хотя встречаются женщины, способные испытывать оргазм при интенсивном раздражении эрогенных зон даже в том случае, если к моменту полового сближения они были настроены к партнеру отрицательно.

У некоторых женщин желание возникает уже после того, как любимый мужчина начинает стимулировать эрогенные зоны. Затем возбуждение медленно нарастает. Это происходит гораздо медленнее, чем у мужчин.

У большинства женщин одновременная стимуляция нескольких эрогенных зон приводит к суммации полового возбуждения. Однако у некоторых женщин стимуляция главной эрогенной зоны подавляет возбудимость других зон.

Любрикация (любрификация)

Это увлажнение женских половых путей под влиянием эротической стимуляции.

Большее значение в увлажнении половых путей имеет транссудация мукоидного секрета из вен влагалища. Большие и добавочные железы преддверия обеспечивают увлажнение при длительном половом акте, так как их секрет выделяется перед наступлением оргазма. Любрикация появляется примерно через 10–30 с после начала стимуляции эрогенных зон и свидетельствует о готовности женских половых путей к введению полового члена. Недостаточная lubricация вызывает болезненность при проведении полового акта. Любрикация сохраняется на протяжении всего копулятивного цикла. Количество секрета значительно возрастает в фазе оргазма и резко снижается после него за счет двусторонней проницаемости стенок влагалища.

Оргазм

Субстратом женского оргазма являются ритмичные сокращения нижней трети влагалища и в меньшей степени других отделов полового аппарата, происходящие с интервалом в 0,8 с. Обычно возникает 3–10 таких сокращений, причем их количество и интенсивность обуславливают яркость оргастических переживаний. Оргастические ощущения у женщин, в отличие от мужчин, значительно варьируют от чувства завершенности полового акта до бурных проявлений страсти с частичной утратой сознания, неконтролируемыми движениями и звуками.

А. М. Свядощ предлагает следующую классификацию женского оргазма.

1. По источнику возникновения:
 - 1) коитальный;
 - 2) экстракоитальный (поллюционный, мастурбационный, мио-компрессионный, петтинговый, случайный).
2. По локализации:
 - 1) клиторический;
 - 2) вагинальный;
 - 3) неопределенной локализации.
3. По течению:
 - 1) пикообразный (кратковременный);
 - 2) затяжной (волнообразный).
4. По количеству:
 - 1) однократный;
 - 2) многократный.
5. По интенсивности:
 - 1) сильный;
 - 2) умеренный;
 - 3) слабый.

Либи́до

Женское либидо проходит те же стадии своего развития, что и мужское, но имеет ряд отличительных черт.

Понятийная стадия формирования либидо у девочек характеризуется появлением элементов сексуального поведения (во время игры в куклы, в дочки-матери), но развитие материн-

ского инстинкта преобладает над проявлениями собственно сексуальности уже в этот период и на протяжении всей жизни.

Романтическая стадия проявляется в стремлении нравиться, появлении фантазий о бескорыстной заботе прекрасного рыцаря. Эти тенденции существуют довольно длительное время, вытесняя проявления полового влечения.

Эротическая стадия характеризуется появлением трепетного интереса к эротическим ситуациям в кино, литературных произведениях, жизни девушки. Фантазии становятся более чувственными, появляется стремление стать объектом ухаживания, удовлетворение от смущения или вождения мужчин.

Сексуальная стадия проявляется стремлением к близости и способностью к переживанию оргазма. Как правило, эта стадия наступает после начала регулярной половой жизни.

Цикл сексуальной реакции в целом

Цикл сексуальной реакции включает несколько стадий:

- 1) сексуальное влечение;
- 2) сексуальное возбуждение;
- 3) оргазм;
- 4) фазу разрешения.

В регуляции половой функции человека участвуют кора и подкорковые образования головного мозга, а также половые центры спинного мозга. Все половые центры взаимосвязаны, образуя единую систему.

Сексуальное влечение (либидо) зависит от секреторной деятельности желез внутренней секреции (семенников у мужчин и яичников у женщин, надпочечников у представителей обоих полов), а также от обмена веществ. Кроме того, половое влечение и оргазм не могут осуществляться и без участия головного мозга.

У взрослого человека уровень возбудимости половых центров и сила полового влечения определяется уровнем гормонов. Существует зависимость либидо от нескольких факторов:

- 1) внешних особенностей (брюнеты обладают более сильным либидо, чем блондины);
- 2) антропометрических данных (у низкорослых половое влечение сильнее, чем у высокорослых);
- 3) климатических особенностей (у жителей стран с теплым климатом сексуальное влечение более выражено). Сексуальная возбудимость мужчины и женщины различна.

В целом, половое возбуждение у женщины ниже, чем у мужчины. У мужчины желание возникает еще до начала полового акта, в процессе коитуса возбуждение быстро нарастает, эрекция тоже возникает быстро, а с наступлением оргазма и эякуляции возбуждение и эрекция полностью исчезают.

Помимо гормонов и эротических ласк, стимуляторами половой функции могут быть и так называемые ключевые раздражители – *релизеры* (А. М. Свядош).

У мужчин релизерами являются вид женских половых органов, восприятие признаков полового возбуждения женщины и прикосновение к ее гениталиям.

Половое возбуждение может вызываться зрительными, слуховыми, обонятельными и другими раздражителями, т. е. психическими факторами – сексапильным внешним обликом партнера, приготовлением к половой близости, а также воспоминаниями о половой близости и эротическим фантазированием.

Эти раздражители индивидуальны у каждого человека и связаны с его представлениями, личным опытом и идеалами.

Эротизирующее влияние оказывает и музыка, стимулируя глубокие структуры мозга и оживляя воспоминания, ассоциации и различные переживания.

Женщины реагируют на психическое воздействие релизеров в меньшей степени, чем мужчины.

Вид привлекательных женщин у мужчин вызывает половое возбуждение вдвое чаще, чем вид привлекательных мужчин – у женщин.

Вид обнаженных женских гениталий возбуждает мужчину, а вид обнаженных половых органов мужчины не вызывает эротической реакции у 50 % женщин. У многих женщин ожидание половой близости не вызывает полового возбуждения, а мужчина при предстоящем сексуальном контакте испытывает возбуждение.

Итак, природа мужской и женской сексуальности существенно различается.

Половое возбуждение возникает не только под влиянием гормонов и релизеров, но и при механическом раздражении (стимуляции эрогенных зон, эротических ласках).

Американские сексологи У. Мастерс и В. Джонсон в динамике полового возбуждения выделяют четыре фазы:

- 1) возбуждение;
- 2) плато-фазу;
- 3) фазу оргазма;
- 4) фазу обратного развития.

В *фазе полового возбуждения у мужчин* через 20–40 с от начала половой стимуляции усиливается прилив крови к тазовым органам и затрудняется их отток из-за сужения вен. В результате этого половой член быстро увеличивается в объеме (примерно в 3 раза), становится твердым и удлиняется на 7–8 см. Он меняет свое положение, поднимается – происходит эрекция. С наступлением эрекции у мужчины появляется стремление к разрядке от половой напряженности.

Помимо эрекции, кожные складки мошонки при возбуждении начинают разглаживаться, а яички несколько подтягиваются к телу. К концу фазы возбуждения размеры яичек немного увеличиваются. Эрекция сосков при сексуальном возбуждении наблюдается не у всех мужчин.

Стадия возбуждения характеризуется повышением мышечного тонуса, особенно мышц таза, рук и ног, позже – гладких мышц живота. В этот период несколько учащается пульс и повышается кровяное давление; покраснение кожи, обусловленное притоком крови (обычно начинается с груди и затем распространяется по всему телу, хотя оно сильнее выражено у женщин).

Если нервные окончания полового члена испытывают ритмическое трение о стенки влагалища во время фрикций, то эрекция усиливается и половое возбуждение нарастает.

Если фрикции приостанавливаются, то возбуждение начинает постепенно ослабевать, расширяются вены и усиливается отток крови. Половой член уменьшается в объеме и становится мягче. Если фрикции возобновляются, то эрекция вновь усиливается.

В *фазе возбуждения у женщин* тоже усиливается прилив крови к половым органам. Малые губы увеличиваются в поперечнике в 2–3 раза, цвет их из бледно-розового становится ярко-красным. Клитор увеличивается в 1,5–2 раза, становится более плотным. Сильно набухает возбужденное влагалище, становится горячим из-за наполнения кровью его сосудов, мышцы его сокращаются, и оно становится более узким, что способствует более плотному соприкосновению с пенисом во время полового акта.

При сексуальном возбуждении половые органы женщины становятся влажными, влагалище покрывается смазкой, облегчающей скольжение полового члена (лубрикация). Смазка образуется за счет выделения слизи большими и малыми железами преддверия влагалища, а также за счет выпотевания жидкости из его вен.

В состоянии покоя стенки влагалища почти плотно прилегают друг к другу, оставляя лишь небольшую щель. При половом возбуждении влагалище удлиняется и расширяется, шейка и тело матки оттягиваются вверх и назад. Диаметр вагины возле шейки матки увеличивается в 2,5–3 раза, что служит местом для спермы. В этот момент плотного соприкосновения пениса и стенок влагалища нет.

При нарастании возбуждения оно достигает высокого уровня и сохраняется на этом уровне в течение некоторого времени (*плато-фаза*). В этой фазе происходит приспособление влагалища к размерам полового члена мужчины. Оба партнера хорошо ощущают друг друга.

Передняя треть влагалища наполняется венозной кровью и сужается на 50 % по сравнению с предыдущей фазой, становясь узкой трубкой. Мышцы плотно охватывают пенис – формируется оргастическая манжетка, усиливающая эрогенную стимуляцию у обоих партнеров. Матка несколько приподнимается в результате повышения тонуса мышц. В этой фазе секреция вагинальной слизи нередко замедляется по сравнению с фазой возбуждения, особенно если фаза плато продолжается долго.

В фазе плато клитор оттягивается назад, на лобковую кость. В результате этого и наполнения кровью половых губ клитор оказывается прикрытым, а его головка – частично защищенной от прямого прикосновения.

Однако чувствительность клитора при этом не уменьшается, а стимуляция лобка или половых губ вызывает возбуждение клитора.

В этой фазе происходит увеличение объема молочных желез и эрекция сосков – они удлиняются на 1 см и увеличиваются в диаметре на 0,25–0,5 см.

У мужчин в течение фазы плато головка полового члена вблизи венца заметно увеличивается в диаметре. В результате притока крови окраска в этой области нередко темнеет. Наполнение кровью приводит также к набуханию яичек, величина которых возрастает на 25–50 % по сравнению с первоначальными размерами. По мере того как сексуальное напряжение нарастает, яички продолжают подтягиваться к телу и поворачиваться таким образом, что их задние поверхности прижимаются к промежности. После того как яички вплотную подтянулись к телу, наступление оргазма становится неизбежным. У некоторых мужчин яички подтягиваются лишь частично, что нередко сопровождается понижением эякуляционного давления во время оргазма у мужчины.

На стадии плато мышечное напряжение распространяется по всему телу; возможны произвольные движения рук и ног, гримасы на лице. Переполнение кровеносных сосудов усиливает покраснение кожи; дыхание учащается до 40 вдохов в минуту; сердцебиение учащается до 100–180 ударов в минуту, артериальное давление продолжает повышаться.

Оргазм – это высшее сладострастное половое ощущение. Во время оргазма человек может испытывать ощущение внезапного оцепенения, когда никакие внешние раздражители не воспринимаются, кажется, что человек теряет сознание, проваливается или летит. Появляется ощущение приятного тепла, идущее из области половых органов, которое разливается по всему телу. После этого возникают ритмические сокращения (пульсация) в области половых органов и мышц малого таза. Эти ощущения сопровождаются чувством необычайного сладострастия, экстаза, не поддающимся контролю, а также глубокими вздохами, стоном, ритмичными движениями всего тела и судорожным прижиманием к себе партнера.

Сексопатолог М. Кинесса выделяет три стадии оргазма у мужчин и женщин.

1. Стадия суммирования, когда постепенно накапливаются сладострастные ощущения при половом возбуждении под воздействием стимуляции эрогенных зон.

2. Стадия вершины, или собственно оргазм (наивысшая точка в момент начала эякуляции, когда накопление сладострастных ощущений прекращается).

3. Стадия угасания (приятные ощущения во время эякуляции и сокращения мышц половых органов).

У женщин первая и третья стадии более длительные, чем у мужчин, что определяет природу женской сексуальности.

По описанию У. Мастерса и В. Джонсона, оргазм у женщин начинается с ритмичных сокращений наружной трети влагалища и мускулатуры матки с интервалом в 0,8 с. На силу оргазма влияют количество и интенсивность ритмичных сокращений. При 3–5 сокращениях – это слабый оргазм, при 6–8 – средней силы, при 9–12 – сильный оргазм.

Во время оргазма учащается дыхание, пульс достигает 180 ударов в минуту и больше, артериальное давление повышается на 20–40 мм рт. ст. и выше. В момент оргазма кожа лица и груди резко краснеет.

У мужчин оргазм сопровождается эякуляцией (семяизвержением). Он начинается с ритмичных сокращений семявыносящих протоков и семенных пузырьков. Эти сокращения переживаются мужчиной как сладостные ощущения и чувство приближающегося оргазма, остановить который уже невозможно. Сокращения длятся 2–3 с. В это время семенная жидкость поступает в мочеиспускательный канал.

Оргазм достигает своей наивысшей точки, когда сперма с силой, под большим давлением, толчкообразно выбрасывается наружу под влиянием ритмических сокращений мышц мочеиспускательного канала, предстательной железы и луковично-пещеристой мышцы промежности. Наблюдается 2–3 интенсивных сокращения с интервалом в 0,8 с, после чего сокращения ослабевают и урежаются. С прекращением сокращений заканчивается и оргазм.

Субъективные восприятия мужчин при оргазме почти неизменно начинаются с ощущения всепроникающего тепла или давления (иногда сопровождающихся пульсацией), что свидетельствует об императивности эякуляции. Затем наступает оргазм, воспринимаемый как острое, чрезвычайно приятное сокращение мышц, в котором участвуют сфинктер заднего прохода, прямая кишка, промежность и половые органы; по описаниям некоторых мужчин, это похоже на выкачивание.

Другое ощущение, иногда описываемое как стремительный теплый поток, относится к собственно процессу прохождения спермы по мочеиспускательному каналу. В общем, оргазмы у мужчин более однородны, чем у женщин, хотя они неодинаковы у разных мужчин.

Продолжительность оргазма у мужчины обычно составляет несколько секунд. Он имеет пикообразный характер, т. е. сила сладострастного ощущения быстро нарастает и быстро спадает.

Интенсивность оргазма может быть различной.

Интенсивность оргазма у мужчины зависит от следующих факторов:

1) анатомического строения половых органов партнерши (узкий вход во влагалище, тесное влагалище, соответствие длины вагины длине эрегированного члена и возможность касаться во время полового акта шейки матки повышают остроту ощущений мужчины);

2) возбужденности влагалища (оно приспособляется к размерам полового члена мужчины, мышцы вагины сокращаются, происходит плотный обхват полового члена ее стенками, шейка матки спускается во влагалище и касается пениса);

3) появление оргастической манжетки из мышц наружной трети влагалища и промежности (создает еще более тугой обхват полового члена и усиливает ощущения мужчины);

4) поведение возбужденной женщины (ее состояние во время переживания оргазма повышают интенсивность оргазма партнера).

Интенсивность оргазма у женщин варьирует в широких пределах. Он может быть пикообразным и кратковременным либо затяжным, длящимся 20–60 с и дольше. Затяжной оргазм может быть волнообразным – то усиливаясь, то ослабевая, он длится от нескольких десятков секунд до 1,5 ч. По данным З. В. Рожановской и А. М. Свядоца, кратковременный пикообразный оргазм бывает у 60 % женщин, затяжной – у 40 %. Затяжной оргазм чаще встречается при стимуляции клитора и клиторическом варианте оргазма.

Некоторые женщины способны к многократным повторным оргазмам, следующим через 1–2 мин один за другим. В физическом смысле повторные половые акты переносятся женщиной легче, чем мужчиной.

Во время оргазма у женщины приоткрывается шейка матки и из нее выталкивается пробка тягучей слизи (кристиллеровская пробка, «женское семя», секрет маточных желез), которая как бы нежно гладит многочисленные нервные окончания, и это дает сладостные ощущения. Затем пробка слизи втягивается обратно в матку, и шейка матки закрывается. После эякуляции исчезает чувство напряжения в половых органах, происходит отток крови.

Влагалище и большие железы преддверия (бартолиновы железы) в момент оргазма тоже выделяют секрет. При этом в вагине ощущается влажность, и даже если в результате полового сношения сперма не попала во влагалище, то после коитуса из вагины может вытечь некоторое количество влагалищного секрета.

Субъективные описания оргазма у женщин более разнообразны и красочны. Вот некоторые примеры описаний.

«Это напоминало взрыв, а затем мгновенно по всему телу до пальцев ног и до головы разлилось невероятное тепло и блаженство».

«Внезапно, когда напряжение достигло предела, мне показалось, что я парю в небесах, поднимаясь все выше и выше. Во мне все трепетало, кожа была прохладной, сердце сильно колотилось и перехватывало дыхание, но это было приятно».

«Лучше всего это можно выразить словом „трепетание“. Сначала возникает слабая вибрация, затем трепетание накатывает, волна за волной, и кажется, что время остановилось».

«Когда я кончаю, я как будто окунаюсь в море наслаждения или перехватываю на ходу кусочек пищи, насыщающий меня на мгновение, после чего можно начинать все вновь».

«Я ощущаю оргазм как пульсирующие вспышки энергии, возникающие в области таза, а затем охватывающие все тело. Иногда мне кажется, будто я нахожусь в свободном падении, а иногда все мое тело превращается в целый оркестр, исполняющий бравурное крещендо».

«Оргазм воспринимается как прыжок в воду, но только ощущение при этом во много раз сильнее. Сначала я чувствую, как мои мышцы напрягаются, затем – прыжок в прохладное озеро, после чего все тело расслабляется и трепещет».

«Приятное возбуждение – вот, по-моему, самое подходящее выражение. Я чувствую, будто меня накачали до предела, а затем вместо взрыва меня охватывает огромная волна счастья и пронзительного наслаждения».

«Порой оргазмы бывают невероятно бурными, кажется, будто под тобой разверзлась земля, а иногда это короткие, пронзительные мгновения».

«Я чувствую себя пробкой, вылетевшей из бутылки с шампанским».

«Я ощущаю лавину тепла, разливающуюся толчками по всему телу – от пальцев ног до макушки головы. Затем все успокаивается и наступает розовый закат».

После окончания оргазма возникает *период обратного развития*. Уменьшается кровенаполнение половых органов (дету-месценция). Уже через несколько секунд у мужчин эрекция значительно ослабевает, половой член становится мягким, уменьшается в размерах, и мужчина утрачивает способность продолжать половой акт. У некоторых мужчин ослабление эрекции происходит не сразу, если они испытывают к своей партнерше сильное влечение.

Вслед за оргазмом наступает *рефрактерная пауза* – период, когда возбудимость эрогенных зон отсутствует. Эротические ласки и другие стимулы полового возбуждения не вызывают.

На этой стадии все признаки мышечного напряжения исчезают в течение 5 мин; быстро исчезает покраснение кожи; возможен обильный пот; пульс, дыхание и кровяное давление возвращаются к норме; исчезает эрекция сосков.

Длительность рефрактерного периода индивидуальна. У женщин она может быть от 1–2 до 20–30 мин, у мужчин – 20–40 мин. У женщины после оргазма возбуждение не исчезает

сразу, как у мужчины, а постепенно, в течение 10–20 мин ослабевает. Постепенно уменьшается кровенаполнение половых органов.

У мужчин эрекция спадает в два этапа.

На первом этапе эрекция частично уменьшается в результате оргазмических сокращений, вызывающих отток крови из полового члена.

На втором этапе, протекающем более медленно, кровообращение в половых органах возвращается к обычному типу. В отсутствие сексуальной стимуляции яички уменьшаются в размерах и опускаются в мошонку, отдаляясь от тела.

У женщин матка вновь занимает то положение, в котором она находилась в состоянии покоя, половые губы приобретают нормальную окраску, влагалище начинает сокращаться и в ширину, и в длину, а клитор приобретает прежние размеры и положение. Стимуляция клитора, сосков или влагалища в посторгазмической фазе может вызвать неприятные ощущения.

Но если оргазм у женщины не наступил, то отток крови из половых органов происходит гораздо медленнее – в течение часа и даже дольше, т. е. отмечается незавершенный цикл полового возбуждения (отсутствие полового удовлетворения, отсутствие половой разрядки). При этом женщина испытывает боль и чувство тяжести внизу живота, боли в пояснице.

Замедленный отток крови вреден для здоровья женщины, так как возникает застой лимфы и крови в тазовых органах, развиваются воспалительные процессы, болезненные менструации и бели.

Если женщина во время полового акта испытывала сильное возбуждение, а разрядка не наступила из-за слишком быстрого окончания полового сношения или недостаточной стимуляции эрогенных зон, то возникает состояние фрустрации – тягостного нервного напряжения с чувством неудовлетворенности и эмоциональной реакцией.

Регуляция сексуальных реакций

В сексуальных реакциях участвуют не только сосудистая, нервная и мышечная системы. Важная часть сексуальной физиологии находится под контролем эндокринной системы – желез внутренней секреции, вырабатывающих гормоны. Гормоны выделяются непосредственно в кровяное русло и с током крови переносятся в ткани, на которые они действуют. Некоторые гормоны, такие как кортизол, жизненно необходимы и регулируют многие функции организма. Другие гормоны необходимы для нормального полового развития. К гормонам, влияющим на половые функции человека, относят тестостерон, эстрогены и прогестерон.

Самым важным гормоном, воздействующим на половые функции, является тестостерон.

Тестостерон – главный биологический фактор, детерминирующий половое влечение у мужчин и у женщин. Этот гормон, иногда называемый мужским гормоном, на самом деле вырабатывается у представителей обоих полов. В организме нормального мужчины вырабатывается 6–8 мг тестостерона в сутки, причем свыше 95 % вырабатывают яички, а остальное – надпочечники. В яичниках и надпочечниках женщины ежесуточно вырабатывается примерно 0,5 мг тестостерона.

Недостаточность тестостерона ведет к снижению сексуальной активности, а его избыток усиливает половое влечение. У мужчин слишком низкий уровень тестостерона может затруднить достижение или поддержание эрекции; у женщин недостаток тестостерона лишь снижает половое влечение. Однако нет данных, которые бы свидетельствовали о том, что у женщин интерес к сексу выражен слабее, чем у мужчин, из-за более низкого уровня тестостерона. Напротив, порог чувствительности мужчин и женщин к воздействию этого гормона на поведение различен, причем женщины на самом деле более чувствительны к небольшим его количествам в крови.

Эстрогены (преимущественно эстрадиол), иногда называемые женскими гормонами, также имеются и у женщин, и у мужчин; у женщин они вырабатываются в яичниках, а у мужчин – в яичках. Организму женщин они необходимы в сексуальном аспекте для поддержания в нормальном состоянии слизистой влагалища и секреции вагинальной смазки.

Эстрогены способствуют также сохранению структуры и функции молочных желез женщины и эластичности ее влагалища. По-видимому, эстрогены не оказывают существенного влияния на интерес женщины к сексу и на ее сексуальные возможности, так как хирургическое удаление яичников не снижает ни влечение у женщин, ни их сексуальной реактивности. Функция эстрогенов у мужчин неизвестна, однако слишком высокий уровень эстрогенов у мужчин резко понижает их сексуальную активность и может вызвать затруднение эрекции и увеличение молочных желез.

Прогестерон (гормон, близкий по своей структуре как к эстрогенам, так и к андрогенам) также имеется и у мужчин, и у женщин. Влияние прогестерона на сексуальное поведение и функцию изучалось главным образом на животных, у которых высокий уровень этого гормона подавляет половое влечение. Существует предположение, что прогестерон оказывает ингибирующее действие и на половую активность человека.

Основную роль в регуляции эндокринных воздействий осуществляет один из отделов головного мозга – гипоталамус.

Гипоталамус секретирует гонадотропин-рилизинг-фактор (ГРФ), регулирующий секрецию двух гормонов, вырабатываемых гипофизом и оказывающих влияние на половые железы (яичники и яички). Лютеинизирующий гормон (ЛГ) стимулирует секрецию тестостерона клетками Лейдига, находящимися в яичках; у женщин ЛГ стимулирует процесс овуляции (выход яйцеклетки из яичника). Фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) стимулирует образование сперматозоидов в яичках; у женщин ФСГ подготавливает яичники к овуляции.

Гипоталамус реагирует на концентрацию гормонов в циркулирующей крови. Так, например, у взрослых мужчин содержание тестостерона в крови регистрируется в гипоталамусе. Если оно велико, то секреция ГРФ прекращается, что ведет к снижению секреции ЛГ гипофизом. Снижение содержания ЛГ в крови быстро приводит к снижению выработки тестостерона в яичках, а это, в свою очередь, ограничивает поступление тестостерона в кровь. Когда количество тестостерона, достигающего гипоталамуса, падает ниже определенного уровня, активируется секреция ГРФ. В ответ на это гипофиз посылает в кровь больше ЛГ, который быстро доходит до яичек и вызывает усиление секреции тестостерона.

СОЦИАЛЬНЫЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Возрастная динамика формирования сексуальности

В отличие от других физиологических функций половые функции определяются возрастом и проходят известные этапы в своем развитии. Обнаружено, что семенники активны уже во внутриутробном периоде развития, однако до наступления полового созревания большая часть половых функций находится в малоактивном состоянии, в пубертатном периоде развивается, длится в течение репродуктивного периода, а затем постепенно угасает. Все явные проявления половых функций разделены на четыре периода:

- 1) пубертатный;
- 2) переходный;
- 3) зрелой сексуальности;
- 4) инволюционный.

Для каждого периода характерны свои особенности.

В *пубертатном периоде* проявляется сексуальное либидо, у молодых людей наступают первые эякуляции при ночных поллюциях, что приводит к началу мастурбации. Основная тенденция пубертатного периода – стремление к самоутверждению, в том числе в половой сфере. Пубертатный период в большинстве случаев заканчивается вступлением в половую жизнь.

Переходный период у юношей характеризуется беспорядочными половыми связями. Половые акты чередуются с более или менее длительными периодами воздержания. Этот период чаще заканчивается вступлением в брак.

Период зрелой сексуальности характеризуется установлением индивидуального уровня половой активности. Этому способствует наличие постоянной возможности иметь половую близость практически в любой момент.

Инволюционный период характеризуется постепенным снижением половой активности и угасанием интереса к половой жизни.

Кроме вышеперечисленных периодов, выделяют также пара-пубертатный и препубертатный периоды, в которых происходят важные психофизиологические процессы, влияющие на формирование сексуальности.

Парапубертатный период (1–7 лет) соответствует периоду формирования полового самосознания, который разделен на два этапа: на первом этапе происходит осознание собственной половой принадлежности, на втором возникает любопытство, направленное на половые признаки. На этом этапе сексуальная самоидентификация приобретает законченный и необратимый характер. К 1,5–2 годам формируется правильное представление о своей половой принадлежности. С 3–4-летнего возраста появляется любопытство в отношении половых признаков, исследовательские манипуляции с половыми органами, наблюдение за поведением животных и людей, отмечающее проявления сексуальности. Дети задают взрослым вопросы о строении тела, деторождении, играют в игры с элементами сексуального взаимодействия. В формировании полового самосознания принимает участие и эндокринная система. Если в этот период психика ребенка травмируется наказанием за сексуальные игры, созерцанием сцен насилия, развратных действий взрослых, то в дальнейшем это может привести к дисгармонии в браке.

Препубертатный период (7–13 лет) характеризуется формированием стереотипа полового поведения, которое происходит путем как направленного формирования взрослыми ожидаемых качеств мужественности или женственности, так и восприятия ребенком стандартов мужественного или женственного поведения. В возрасте 7–9 лет прежде дружные дети одного возраста, но разных полов, распадаются на враждующие группировки девочек и мальчиков. Возникают обвинения в том, что все мальчишки хулиганы, все девчонки плаксы, т. е. дети отвергают типичные функции противоположного пола. В возрасте 10–13 лет происходит вторая идентификация с представителями своего пола. В этот период отмечается всплеск привязанности к родителю своего пола. В компании поведение мальчиков и девочек утрированно пародирует мужской или женский стереотип поведения. В этом возрасте около половины детей узнают о половом акте, и примерно треть из них участвует с детьми противоположного пола в сексуальных играх, имеющих исследовательское направление.

Со стороны эндокринной системы усиливается выработка гонадо-тропных гормонов гипофиза и половых гормонов. Этого недостаточно для появления вторичных половых признаков, но соотношение эстрогенов и тестостерона приближается к таковому у взрослых, подготавливая организм к вступлению в пубертатный период.

Половые роли и половые различия

В *препубертатном периоде* остро возникает вопрос о сути мужского и женского начала, их сходствах и различиях, половых ролях.

Общество убеждено в наличии четких различий между мужчиной и женщиной, и большинство людей примерно одинаково представляет себе эти различия. Убежденность такого рода, свойственная большой группе людей и основанная на примитивных представлениях и субъективных суждениях, называется стереотипом. Стереотипы могут быть вредны, поскольку являются источником неправильных суждений и выводов и неблагоприятно влияют на взаимоотношения людей.

Многие стереотипы относительно сексуальности основаны на принятых в обществе представлениях о природе мужского и женского начала, однако дать четкое и емкое определение этих двух понятий может далеко не каждый. С одной стороны, мужественность в мужчине и женственность в женщине определяют сексуальную привлекательность для представителей противоположного пола. С другой стороны, понятия «мужественность» и «женственность» применяются для обозначения степени соответствия человека принятым в данном обществе нормам внешности и поведения. Кроме того, существуют психологические характеристики мужского и женского начала, выявляемые с помощью стандартных психологических тестов.

Общество требует от мужчины быть мужественным, а от женщины – женственной. Если поведение отдельных индивидуумов соответствует принятому мнению и ожиданиям окружающих, в обществе сохраняется социальное равновесие и стабильность. Соответствие бытующим в обществе культурным и поведенческим нормам отражают его устойчивость и здоровье, тогда как отклонение от эталонов означает неблагополучие. Наконец, мужчины с выраженным мужским началом и женщины с развитым женским началом предсказуемы в своем поведении, образ их действий достаточно постоянен и носит взаимодополняющий характер. В настоящее время классические представления о мужском и женском начале и их обязанности и правильности для каждого члена общества несколько изменились.

В классическом варианте при изучении мужественности и женственности эти понятия рассматривали как противоположные. Считалось, что люди с сильно выраженными признаками, свойственными мужскому началу (самостоятельностью, склонностью к соперничеству, агрессивностью), не могут обладать чертами, характерными для женского начала. В результате были разработаны психологические тесты для оценки мужественности и женственности, предполагавшие однозначное разделение всех людей по строго определенному набору признаков только к той или иной группе. При выявлении существенного отклонения показателей от неких усредненных критериев испытуемых считали психически неустойчивыми и обладающими меньшими адаптивными способностями по сравнению с людьми, показатели которых соответствовали норме.

В последние 20–30 лет были получены новые данные, заставляющие изменить такой односторонний подход. Если прежде мужское и женское начала противопоставлялись друг другу, то теперь психологи признают, что в каждом человеке могут и должны сочетаться характеристики, раньше относимые только к одному из двух начал. Так, женщина, которой свойственно стремление к соперничеству, может во всех других отношениях быть очень женственной, а нежный, чувствительный мужчина – сохранять все остальные мужские качества. Это новое обстоятельство необходимо учитывать при обсуждении путей формирования половой роли и значения ее в жизни человека.

Проблема психологических различий между мужчинами и женщинами долгое время рассматривалась с учетом многих ошибочных убеждений и разного рода предрассудков. Первые исследователи этой проблемы пытались в первую очередь определить, какой из полов обладает высшими способностями и должен занимать главенствующее положение в обществе. В 1974 г. Э. Маккоби и К. Джеклин провели исследование и доказали, что различия между людьми раз-

ного пола не так выражены, как считалось ранее, и сходство между мужчинами и женщинами преобладает.

В обществе давно существуют традиционные убеждения в том, что различия между представителями противоположных полов проявляются уже с детского возраста. Вот некоторые такие суждения.

1. Девочки более коммуникабельны, чем мальчики, легче знакомятся и поддерживают отношения.
2. У мальчиков сильнее развито чувство собственного достоинства.
3. Девочки лучше выполняют простые задания, чем мальчики.
4. Мальчики обладают более выраженными математическими способностями и пространственным мышлением.
5. Мальчикам присущ аналитический склад ума.
6. У девочек лучше развита речь и больше словарный запас.
7. Мальчики лучше настроены на достижение успеха.
8. Мальчики более агрессивны.
9. Мальчики сложнее поддаются убеждению.
10. Девочки более чувствительны к звуковым, а мальчики – к зрительным раздражителям.

В результате проведенного Э. Маккоби и К. Джэклин исследования были получены неожиданные результаты.

1. Мнение о том, что девочки более общительны, чем мальчики, никак не обосновано. В раннем детстве те, и другие одинаково часто играют в групповые игры. Ни мальчики, ни девочки не отличаются стремлением играть в одиночку. Мальчики не отдают предпочтения игре с игрушками и предметами перед игрой с другими детьми. В более старшем возрасте мальчики даже больше времени проводят в совместных играх, чем девочки.

2. Доказано, что мальчики и девочки в детском и подростковом возрасте существенно не отличаются по уровню самооценки, но чувствуют себя увереннее в разных сферах жизни. Так, девочки считают себя более опытными в сфере взаимного общения, а мальчики гордятся своей физической силой.

3. Доказано, что мальчики и девочки одинаково хорошо справляются с простыми, рутинными задачами.

4. Математические способности у мальчиков проявляются примерно в возрасте 11–12 лет, когда у них быстро развивается пространственное мышление. Это позволяет, например, точнее изобразить невидимую сторону предмета на уроках черчения. Так как различие в способностях к пространственному мышлению становится заметным не с начала жизни ребенка, а только в подростковом возрасте, оно может объясняться особенностями окружающей обстановки (мальчикам чаще предоставляется возможность совершенствовать свое пространственное мышление) либо особенностями гормонального статуса ребенка, так как обнаружено, что мужчины, на протяжении всей жизни испытывавшие тяжелую андрогенную недостаточность, характеризуются пониженной способностью к пространственному мышлению по сравнению с мужчинами нормального гормонального статуса или мужчинами, у которых андрогенная недостаточность развилась после пубертатного периода. Программирование функции мозга андрогенами в пренатальном возрасте является предрасполагающим фактором формирования половых различий в пубертатном периоде при повышении секреции мужских половых гормонов. Некоторые исследователи объясняют выявленные различия в математических способностях мальчиков и девочек тем, что родители и учителя в школе больше поощряют мальчиков к занятиям математикой, считая, что они более предрасположены к точным наукам.

5. Аналитические способности мальчиков и девочек одинаковы. При проведении тестов выявлено, что и мальчики, и девочки одинаково успешно отделяют главное от второстепенного, определяют в потоке информации основополагающие моменты.

6. Речь у девочек и мальчиков до подросткового возраста развивается примерно одинаково, но в пубертатном периоде девочки начинают опережать мальчиков. Они отличаются большей грамотностью, богатым словарным запасом, беглой, стилистически более правильной речью. Это может быть связано с тем, что родители и учителя больше поощряют девочек к занятиям гуманитарными науками, тогда как мальчиков – математическими.

7. Девочки менее агрессивны, чем мальчики, что проявляется уже в 2-летнем возрасте, когда дети начинают участвовать в групповых играх. Повышенная агрессивность мальчиков может проявляться непосредственно в физических действиях, в демонстрации готовности к борьбе или в форме словесных угроз. Обычно агрессивность направлена на других мальчиков, реже на девочек.

8. Мальчики и девочки одинаково хорошо поддаются убеждению и одинаково часто подражают поведению взрослых. Они одинаково хорошо понимают необходимость придерживаться общепринятых норм поведения. Различие заключается в том, что девочки легче приспособливают свои взгляды к мнениям окружающих, а мальчики могут принимать ценности данной группы сверстников, имея совершенно другие собственные взгляды.

9. В младенчестве мальчики и девочки одинаково реагируют на звуковые и зрительные раздражители. Те и другие в равной степени различают речевые интонации, разные звуки, форму предметов и расстояние между ними. Это сходство сохраняется по мере взросления.

Наиболее объективным способом выявления различий между полами является изучение мозга методом электроэнцефалографии, путем оценки реакции мозга на различную стимуляцию. Применяя этот метод, Д. МакГиннесс и К. Прибрэм, выяснили, что у женщин лучше развиты чувства вкуса, осязания и слуха. У женщин выше подвижность кистей рук и пальцев, и им лучше удаются тонкие движения, они больше интересуются окружающими людьми, а в младенчестве с большим вниманием прислушиваются к различным звукам.

Пубертатный период – это возрастной период, в течение которого происходит перестройка организма, завершающаяся наступлением половой зрелости, т. е. способности к размножению. В этот период в физическом состоянии подростка происходят резкие изменения, в частности рывок роста, формирование вторичных половых признаков; у девочек появляются менструации (менархе), у мальчиков – способность к эякуляции. Кроме того, пубертатный период характеризуется важными изменениями в психике. Подростковый рывок роста происходит благодаря усилению продукции половых гормонов.

У девочек этот рывок наблюдается обычно 2 годами раньше (примерно в 12 лет), чем у мальчиков (в 14 лет). Подростковый рывок роста не всегда равномерно затрагивает все части тела. Так, например, рост стопы обычно опережает рост голени, поэтому стопа подростка кажется непропорционально большой. Корреляция между ранним рывком роста и окончательным ростом взрослого человека отсутствует (что отчасти обусловлено особенностями генетической регуляции). Нередко подростки, которые меньше всех ростом в классе, к 16–17 годам догоняют или даже перегоняют по росту своих сверстников.

Первым признаком полового созревания у девочек является *развитие молочных желез*, которое начинается в возрасте от 10 до 13 лет. В самом начале роста желез они имеют вид небольших возвышений («грудных почек»), но постепенно сосок и ареола увеличиваются в размерах, грудь становится более выпуклой и также увеличивается. У некоторых девочек молочные железы полностью развиваются уже к 12-летнему возрасту, хотя у других формирование молочных желез завершается к 19 годам и даже позже. Рост молочных желез контролируется количеством женских половых гормонов и наследственными факторами. Вскоре после начала роста молочных желез начинают расти волосы на лобке, сначала редкие и светлые, затем

темные, жесткие и волнистые. К этому времени начинают развиваться также внутренние половые органы: влагалище удлиняется, матка увеличивается в размерах. К моменту завершения формирования молочных желез и после максимального рывка роста у девочек начинаются *менструации*.

Интересно, что еще в XIX в. первые менструации появлялись обычно в возрасте 16 лет или старше. С тех пор возраст менархе непрерывно уменьшался, что связывают с ролью социально-экономических, климатических и наследственных факторов, размера семьи, характера питания и бытовых условий. В последние годы тенденция к снижению возраста менархе постепенно уменьшается.

Согласно одной из теорий менархе происходит только после накопления в организме определенного минимального количества жировых отложений. Это предположение основано на том факте, что у спортсменок менструации задерживаются или полностью прекращаются в периоды интенсивных физических нагрузок.

Возраст начала менструаций сильно варьирует – от 11 до 16 лет и больше. В течение первого года менструации часто бывают нерегулярными, а овуляция обычно не происходит. Хотя возможна овуляция и в самом первом менструальном цикле, поэтому при половом сношении между подростками необходимо применять противозачаточные средства.

Вследствие изменения гормонального статуса у девочек в подростковом возрасте происходит усиление влагалищной секреции. Увеличение влагалищной секреции происходит при половом возбуждении независимо от вызывающих его причин: сексуальных фантазий, чтения эротической литературы или реальной половой активности, хотя может возникать спонтанно, без видимых причин.

Внешние признаки начала полового созревания у мальчиков обычно появляются на 1–2 года позднее, чем у девочек, и также зависят от уровня половых гормонов. Самый ранний признак начала полового созревания – *увеличение размера яичек* вследствие повышения продукции тестостерона. Увеличение его концентрации также стимулирует рост полового члена и придаточных мужских половых органов (предстательной железы, семенных пузырьков и придатков семенников). Эякуляция до полового созревания отсутствует, так как семенные пузырьки начинают функционировать только после достижения необходимой концентрации мужских половых гормонов.

Развитие гениталий у мальчиков начинается приблизительно в 11–12 лет, а завершается к 14,5–15 годам. У некоторых мальчиков процесс развития гениталий целиком проходит за 1–1,5 года, тогда как у других он может продолжаться до 5–5,5 лет. Образование спермы начинается в детском возрасте и становится постоянным в период полового созревания, когда подросток становится способным к оплодотворению.

В процессе полового созревания у мальчиков возникают *ночные эякуляции (поллюции)*. А. Кинзи и соавторы наблюдали этот феномен у 25 % обследованных 14-летних и почти у 30 % 17-летних подростков. Несмотря на частоту этого явления, многие мальчики, вступая в подростковый возраст, ничего не знают о поллюциях, и их появление вызывает удивление и даже испуг, подозрение у себя заболевания или травмы. Даже будучи осведомленными о таких явлениях, многие мальчики в период полового созревания скрывают появление поллюций, стесняясь расспросов родителей.

Одновременно с началом развития наружных гениталий отмечается *рост волос* на лобке. Спустя 1–2 года обычно начинается рост волос на лице. Волосы на лице начинают расти в уголках верхней губы и первое время напоминают тонкий пух, позднее они распространяются на всю поверхность верхней губы, образуя более жесткие усы. Затем волосы появляются на щеках и под нижней губой и в последнюю очередь – на подбородке. Одновременно начинается рост волос на теле. После окончания роста волос на всем теле он еще около 10 и более лет

продолжается на груди. Степень оволосения лица и тела у обоих полов обусловлена генетическими факторами и половыми гормонами.

Другим изменением в процессе полового созревания является *понижение тембра голоса*, связанное со стимулирующим пролиферацию тканей гортани действием тестостерона. По мере формирования гортани мальчики переживают период ломки голоса, когда он становится резким и пронзительным, срывается, вызывая у подростка смущение, чувство неловкости. Как и возраст наступления менструаций, возраст, в котором у мальчиков происходит ломка голоса, также уменьшился примерно с 18 до 13–14 лет. В период полового созревания у мальчиков часто отмечается временное увеличение молочных желез (гинекомастия), которая проходит в большинстве случаев через 1–2 года после его начала.

Мужской и женский организмы продуцируют разные половые гормоны, чем объясняется различная форма тела мальчиков и девочек. Известно, что эстрогены вызывают накопление подкожного жира, тогда как тестостерон стимулирует рост мышечной ткани. Мужчины и женщины отличаются также по строению таза: более широкий женский таз необходим для благополучного родо-разрешения.

Повышение концентрации половых гормонов в период полового созревания способствует пробуждению сексуальных ощущений, эротических мыслей и фантазий у подростков обоих полов. Связь между гормонами пубертатного периода и половым поведением проявляется в том, что при позднем половом созревании мальчиков (в возрасте 15–16 лет) половая активность (как половые сношения, так и мастурбация) в подростковом возрасте развивается позже и выражена слабее, чем при раннем половом созревании (в возрасте около 12–13 лет). Если, например, у мальчика в подростковом периоде усиливается секреция и повышается концентрация в крови тестостерона, вследствие чего возрастают частота и сила эрекции, это может способствовать усилению сексуальных переживаний. Повышенная концентрация тестостерона в крови обуславливает его непосредственное воздействие на головной мозг, что приводит к пробуждению сексуальных мыслей и ощущений, а также к снижению порогового уровня чувствительности к воздействию внешних факторов, усиливающих их и вызывающих половое возбуждение. В результате увеличения концентрации в крови половых гормонов возрастает вероятность ускоренного физического развития мальчиков и раннего начала половой активности. Мальчики невысокого роста с недостаточно развитой мускулатурой и задержкой полового созревания могут страдать от чувства ущербности. Чувство неуверенности в себе приводит к отставанию в формировании полового поведения. Так же как девочки с запаздывающим половым созреванием слабее проявляют половую активность по сравнению с девочками, у которых пубертатный период завершается в возрасте 12–13 лет. Поздние сроки наступления половой активности, недостаточная ее частота могут быть связаны также с психологическими или социально-бытовыми факторами. Большое научное исследование, проведенное в странах с разными культурными традициями, выявило следующую закономерность: девочки с рано начавшимися менструациями раньше начинают вести половую жизнь и раньше рожают по сравнению с девочками с более поздними сроками менархе.

Подростковый период с психологической точки зрения является нелегким этапом жизни каждого человека. В этот период человек меняет представления о себе и окружающей действительности. Смена представлений вызывает душевный разлад и связанные с этим колебания настроения. Подросток постепенно переходит из детского возраста во взрослый, но в этот период находится как бы между ними. Это вызывает непредсказуемость его поступков, обусловленную тем, что подросток хочет видеть себя взрослым, но при сопоставлении себя со взрослыми и попытке принять их жизненные ценности снова ощущает себя маленьким и несамостоятельным. При этом в отличие от ребенка он не считает такую ситуацию нормальной и стремится ее изменить. В то же время, пытаясь вести себя как взрослый, он не готов к взрослой ответственности и избегает ее.

Психическому состоянию подростка свойственны внутренняя противоречивость, повышенная застенчивость и одновременно агрессивность, склонность принимать крайние позиции и следовать им.

Главная особенность пубертатного периода – открытие внутреннего я, осознание подростком собственной индивидуальности.

Внешние признаки взросления – половое созревание, рывок в росте и характерные изменения внешности вызывают у подростка повышенный интерес к себе. На эти изменения обращают внимание не только подросток, но и окружающие его взрослые и сверстники.

В подростковом возрасте человек часто чувствует смутное беспокойство или ощущение внутренней душевной пустоты. Возникает потребность самоутверждения, которая проявляется стремлением подростка быть включенным в какую-либо группу сверстников, что облегчает ему начало отдаления от взрослых, дает чувство эмоционального благополучия и устойчивости.

И наоборот, повышается потребность в одиночестве и обособлении, чтобы разобраться в себе. В возрасте 13–15 лет у многих подростков появляется повышенный интерес к мнению о них окружающих людей. Они становятся более ранимыми и чувствительными к критике взрослых и насмешкам сверстников. В подростковый период они чаще, чем в другие периоды жизни, проявляют тревожную мнительность по поводу своей внешности или строения тела (синдром дисморфобии).

Внешность для подростка – важнейшая сторона жизни. С возрастом озабоченность внешностью обычно уменьшается, так как человек привыкает к своему облику. На первый план выступают другие свойства личности – умственные способности, волевые и моральные качества, от которых зависит успех отношений с окружающими людьми.

Сложным вопросом является также осознание себя, своей личности во времени. Ребенок слабо ощущает течение времени и живет только настоящим днем. Прошлого у него почти нет, будущее представляется ему в общем виде. С возрастом восприятие скорости течения времени обостряется.

Изменяется представление о будущем. Для подростка становится важным появление жизненного плана; формируются жизненные цели, возрастает потребность в достижении конкретных результатов.

В подростковом возрасте усложняются мыслительные функции, появляется склонность к теоретизированию. В подростковом возрасте человек имеет собственные политические и философские взгляды, создает собственные рецепты счастья и любви.

Таким образом, подростковый период является очень ответственным этапом в судьбе человека и определяет всю его последующую жизнь.

Половое созревание, т. е. совокупность психических и физических изменений, происходящих в подростковом возрасте, в том числе появление первой менструации у девочки и первой поллюции у мальчика, является важным моментом в жизни и должно восприниматься положительно. Долгое время беседы о половом воспитании считались запретной темой. Бытовало ошибочное мнение, что они могут вызвать у молодых людей чрезмерное любопытство к сексуальным отношениям и привести к преждевременному половому опыту. Исследования, проведенные Всемирной организацией здравоохранения, доказали, что подростки, более образованные в плане полового воспитания, обычно позже и осознанно начинают половую жизнь и лучше подготовлены к непредвиденным ситуациям.

Формирование сексуальности

Сексуальность – это средство выражения привязанностей, способность каждого человека открывать себя и познавать другого человека, следующая из его принадлежности к опре-

деленному полу. Сексуальность является естественной и обязательной частью человеческой натуры. Она проявляется индивидуально, формируется с самого начала жизни человека и остается с ним на протяжении всей его жизни. Проявления сексуальности разнообразны и индивидуальны, обусловлены физиологическими и анатомическими особенностями мужчины и женщины, половыми ролями, которые они усваивают и совершенствуют в течение всей жизни (дружба, любовь, зачатие и рождение детей, взаимоотношения между супругами и детьми).

Сексуальность имеет свои биологические и социально-психологические аспекты.

Биологический аспект выражается в первую очередь в раздельнополости человека. Само понятие «пол» также включает взаимосвязанные биологические и социально-психологические составляющие.

Биологическая дифференцировка пола плода определяется набором половых хромосом. В определении пола ребенка участвуют половые хромосомы родителей – X и Y. Мужские половые клетки (сперматозоиды) могут содержать X-хромосому или Y-хромосому. Женские половые клетки (яйцеклетки) содержат только X-хромосому, т. е. за пол ребенка отвечает мужчина, а не женщина. При оплодотворении яйцеклетки сперматозоидом с X-хромосомой образуется набор хромосом XX и у плода формируется женский пол. При оплодотворении яйцеклетки сперматозоидом, содержащим Y-хромосому, образуется набор хромосом XY и формируется мужской пол.

Действие половых желез формирует морфологический (или соматический) пол, т. е. свойственное определенному полу строение тела, в том числе строение половых органов.

Пол, фиксируемый при рождении, – гражданский пол. С момента его определения начинает формироваться пол воспитания. Почти всегда с рождения ребенка подчеркивается принадлежность его к мужскому или женскому полу (например, цветом одежды (розовый – голубой), украшениями, игрушками (машинки – куклы)).

Половое сознание складывается на протяжении всей жизни человека.

Половое самосознание – это представление о себе как о человеке определенного пола. Половое самосознание начинает развиваться с момента отнесения ребенка к мужскому или женскому полу. В дальнейшем, по мере развития ребенка, он сознательно относит себя к представителям того или иного пола, а также, подражая окружающим, осваивает половую роль. Осознание собственной половой принадлежности развивается к 3–6 годам. У детей 2–4 лет проявляется так называемое половое любопытство, ведущее к стремлению разглядывать свои половые органы и прикасаться к ним. Признаками половой принадлежности в этом возрасте являются лишь особенности строения наружных половых органов.

В подростковом возрасте проявляется уже истинное половое любопытство в связи с осознанием репродуктивной функции мужчины и женщины, подразумевающей особые отношения между представителями разных полов. Осознание своей принадлежности к определенному полу лежит в основе формирования полового поведения подростка. Выраженность полового влечения у представителей мужского и женского пола одинакова, но его проявления различны. У девушек характерными поведенческими реакциями, связанными с половым влечением, являются кокетство с целью привлечения внимания противоположного пола, застенчивость, выраженная потребность нравиться и хорошо выглядеть. Юноша обычно испытывает желание понравиться одной, выбранной им девушке. Сексуальность подростка не сформирована полностью и поэтому противоречива. Между его эмоционально-психологическим и соответствующим физическим развитием возникают противоречия. Подросток, как правило, уделяет большое внимание своим желаниям, фантазиям и мечтами сексуального характера.

В начале полового созревания между двумя подростками формируются отношения, которые можно определить как романтическую, возвышенную влюбленность. Со временем, после завершения процесса полового созревания, пробуждаются специфические сексуальные

эмоции, проявляется половая активность и появляется более выраженное сексуальное влечение.

С процессом развития полового самосознания тесно связано формирование либидо – стремления к половой близости. В формировании либидо выделяют несколько стадий:

- 1) романтическую;
- 2) эротическую;
- 3) сексуальную.

Период полового созревания характеризуется постепенным развитием вторичных половых признаков и переходит в период половой зрелости. У человека период полового созревания (пубертатный период) длится в среднем 5 лет. Возраст начала и завершения полового развития подвержен индивидуальным колебаниям (у девочек от 8-10 до 16–17 лет; у мальчиков от 10–12 до 19–20 лет). Половое развитие, начинающееся у девочек до 8 лет, а у мальчиков до 10 лет, считается преждевременным. Задержка полового созревания – это отсутствие вторичных половых признаков у девочек старше 13 лет и у мальчиков старше 14 лет. Задержка полового созревания чаще бывает обусловлена конституциональными факторами, соматическими заболеваниями, неблагоприятной психологической обстановкой в семье, плохими социально-бытовыми условиями. У мужчины период полового созревания заканчивается к 23–25 годам, у женщины – к 18–20 годам. Наступает период половой зрелости, который характеризуется расцветом женского и мужского организма и приходится на самый активный период жизни человека. К началу этого периода мужской и женский организмы подготовлены к выполнению репродуктивной функции, созданию семьи, рождению и воспитанию детей.

В настоящее время в связи с феноменом акселерации половое чувство у подростков может появляться уже в 14–16 лет, в то время как официальный брачный возраст наступает лишь через несколько лет, а готовность к созданию семьи проявляется еще позже. Поэтому подростки часто прибегают к мастурбации (онанизму).

Мастурбация – это самостоятельное искусственное воздействие на эрогенные зоны (чаще половых органов) с целью получения полового удовлетворения. Мастурбация – естественное проявление развивающейся сексуальности в юношеском возрасте, которая требует выхода и в этот период обычно является попыткой саморегуляции половой функции.

Чтобы предотвратить превращение мастурбации в навязчивую идею, необходимо больше внимания уделять физическим нагрузкам, занятиям спортом.

Мастурбация обычно является естественным этапом становления сексуальности подростка. Исследование А. Кинзи о распространенности мастурбации показывает, что почти все мужчины и три четверти женщин применяли мастурбацию в течение жизни.

Специально проводимые исследования позволили выявить тот факт, что сексуальная самостимуляция часто отмечается в младенческом и детском возрасте. Точно так же, как младенец учится пользоваться своими пальцами и ртом, он обязательно делает то же самое по отношению к наружным гениталиям. В возрасте 1,5 лет представители обоих полов начинают генитальную самостимуляцию. При легком прикосновении к половым органам ребенок получает удовольствие. Испытываемые приятные ощущения в совокупности с тягой к исследованию своего тела обуславливают нормальный интерес к удовольствию, вызываемому мастурбацией. У ребенка появляется активный интерес к половым органам родителей, других детей и даже животных. По мере взросления это стремление проявляется элементами эксгибиционизма или исследования гениталий друг у друга. В случае, если подобные действия ребенка не сопровождаются страхом быть наказанным, формируется вкус к удовольствию от сексуальной стимуляции.

С приближением подросткового возраста быстрое повышение концентрации половых гормонов и развитие вторичных половых признаков, а также усиление сексуального любопытства приводят к тому, что мастурбация становится более распространенным явлением. Подростки физически способны к половому сношению и могут испытать оргазм, но эта способность ограничивается нравственными запретами. Подросток переживает становление своей индивидуальной сексуальности и пытается контролировать свое сексуальное влечение. В результате возникает физиологическое перенапряжение, потребность в некоторой разрядке, и с этой целью подростки применяют мастурбацию. Основное различие между достигшим половой зрелости подростком и ребенком более младшего возраста состоит в том, что мастурбация сопровождается воображаемым половым актом. Эти фантазии являются важным компонентом развития нормальной сексуальности подростка, так как в своем воображении подросток обучается выполнять взрослую сексуальную роль.

Даже после начала половой жизни мастурбация не утрачивает своего значения. В случаях, когда коитус не приносит удовлетворения или невозможен из-за болезни или отсутствия партнера, самостимуляция часто служит адаптивным целям, сочетая чувственное удовольствие и ослабление напряжения.

Моральные запреты по отношению к мастурбации создали ничем не доказанные утверждения о том, что мастурбация вызывает психические болезни или снижение сексуальной потенции. В пользу этих высказываний нет серьезных фактов. Мастурбация является психопатологическим симптомом, только когда она становится навязчивой идеей, выходящей из-под контроля субъекта. Мастурбация в подростковом возрасте является почти обязательным и естественным этапом психосоциального развития, имея в большинстве случаев адаптивное значение.

Не все подростки стремятся к раннему началу половой жизни. Как правило, это зависит от культурных, социальных и религиозных традиций, взаимоотношений в семье и успешности общения с окружающими. Некоторые подростки вступают в половую связь под влиянием друзей или для самоутверждения. Однако необходимо помнить о том, что ранние половые контакты связаны с чрезмерным для подростка эмоциональным напряжением и угрожают его репродуктивному здоровью. Известно, что раннее начало половой жизни у подростков и частая смена половых партнеров приводят к возникновению инфекций, передаваемых половым путем, СПИДу, бесплодию, хроническим воспалительным заболеваниям половых органов.

Если молодая девушка или юноша не хотят интимной близости, они должны уметь сказать «нет».

Начало половой жизни – ответственный шаг в жизни каждого человека. Перед совершением этого шага необходимо задуматься о своей готовности к нему и возможных последствиях.

Известно, что половое развитие девочек завершается на 1–2 года раньше, чем мальчиков, но половую жизнь они начинают позже, хотя в настоящее время эта тенденция сглаживается. Изменилось мнение молодого поколения относительно допустимости добрачных связей. Переход к сексуальным отношениям является серьезным шагом, поэтому необходимо, чтобы два человека чувствовали себя готовыми к этому.

В формировании сексуального поведения подростка важную роль играет его семья. Родители подростка всегда должны думать о том, что они хотят и должны передать ему и соответствует ли их собственное поведение тем требованиям, которые они предъявляют к своему ребенку. Некоторые родители при достижении детьми половой зрелости меняют свое отношение к ним, сохраняя некоторую дистанцию. Это может вызвать растерянность и тоску у подростка, нежелание взрослеть. Между родителями и подростками часто возникают серьезные

конфликты и ссоры, которые иногда могут быть проявлениями естественного стремления подростка к независимости и самостоятельности.

Тем не менее, несмотря на конфликты, родители должны стараться сохранять теплые доверительные отношения со своими детьми, оказывать им необходимую эмоциональную поддержку и не препятствовать нормальному ходу событий. Подросткам необходимо общение со взрослыми, особенно с родителями, у которых свой взгляд на мир, основанный на богатом жизненном опыте, которого не хватает подростку.

У родителей часто возникает вопрос, когда следует начинать половое воспитание ребенка. Воспитание ребенка в целом начинается с его рождения, и половое воспитание как составная часть этого процесса должно начинаться с того же момента. Для правильного сексуального развития ребенка нужно, чтобы родители говорили между собой о том, какими были их детство и юность, как они решали проблемы сексуальности, как они встретились и почему решили создать семью. На вопросы ребенка, касающиеся аспектов формирования его сексуальности, необходимо отвечать по мере их возникновения и по возможности правдиво, учитывая его возраст. Разговор о сексуальности всегда следует связывать с понятиями любви, нежности, благополучия и положительных эмоций, несмотря на то что до сих пор интимные отношения между мужчиной и женщиной многие считают чем-то постыдным. У подростков нужно сформировать правильное отношение к собственной сексуальности, самоуважение, положительное отношение к здоровому образу жизни.

В обществе существуют два понятия – «эротика» и «порнография», так или иначе связанные с понятиями сексуальности. Эти понятия очень сложно, но возможно разграничить.

Согласно проведенным научным исследованиям эротические сны и фантазии – обязательный компонент человеческой сексуальности. Они постоянно сопровождают нормальную половую жизнь, или замещают ее, или восполняют ее недостаток или нерегулярность. Люди, ведущие более активную половую жизнь, отличаются и более ярким эротическим воображением, которое помогает им активизировать и разнообразить их сексуальные отношения. Способность не только реагировать на эротические знаки и действия, но и самому создавать их, руководствуясь своими желаниями и применяя фантазию, характерна только для человека. Подросток может переживать выраженные эрекции, но они не имеют для него эротического значения, пока подросток сам не осознает его или не воспримет от других. Знание о своей сексуальности и половых реакциях необходимо для контроля своих сексуальных отношений.

Эротическое воображение – нормальный и необходимый аспект человеческой сексуальности, но его содержание не всегда является приемлемым с точки зрения нравственных устоев общества. Литература и искусство во все времена уделяли большое внимание эротике. Эротика – это облагороженный и представляемый как духовное влечение инстинкт продолжения рода. Эротика в искусстве служит воплощением одухотворенности сексуальных отношений людей. От эротики значительно отличается порнография.

Порнография – непристойное, вульгарное, безнравственное изображение или словесное описание полового акта с целью достижения сексуального возбуждения. В настоящее время термин «порнография» обозначает произведения литературы и искусства, в которых внимание сознательно фиксируется на половых органах героев в момент совершения ими действий сексуального характера. Порнография не имеет отношения к чувству истинной любви и человеческой сексуальности.

Порнографическая литература и кинофильмы внушают молодым людям неверные стереотипы поведения: сексуальную вседозволенность, распушенность, безответственность, даже жестокость.

Если эротическое искусство изображает душевные переживания человека, его естественную сексуальность, то порнография сводит ее к бесчисленным половым актам, с обилием технических деталей, отрицая необходимость любовного чувства к половому партнеру.

В настоящее время вопрос о порнографии особенно актуален в связи с расцветом видеобизнеса.

Наиболее восприимчивой к развлекательным средствам массовой информации группой являются подростки, хотя именно из средств массовой информации подростки получают хоть какую-то информацию об интимных сторонах жизни. К сожалению, то, что молодежь видит и слышит о сексе в популярных развлекательных программах, теле- и видеофильмах, часто вводит их в заблуждение и влечет за собой неблагоприятные последствия. В то же время предпринимаются попытки использовать средства массовой информации для обучения подростков здоровому и безопасному для них образу жизни.

Инволюционный период не имеет определенного начала и выявляется на основании нескольких критериев (Г. С. Ва-сильченко).

1. Изменение характера либидо в виде потери компонента настоятельности, неудержимости. С физиологической точки зрения происходит смещение на психическую составляющую либидо вследствие редукции нейрогуморального компонента.

2. Утрата психофизиологической целостности в переживании ситуации интимного сближения. Если в предыдущие периоды любые релизеры вызывают половое возбуждение, то в инволюционном периоде мужчина может проявлять, например, чувство благодарности к женщине ласками и поцелуями без возникновения эрекции.

Итак, с наступлением инволюционного периода появляется необходимость прилагать определенные усилия, чтобы вызвать эрекцию и провести полноценный половой акт. Это связано со снижением уровней активности на отдельных участках системы обеспечения половых функций.

3. Изменение характера полового воздержания. В инволюционный период даже длительное половое воздержание не несет тягостного характера. Физиологически это объясняется снижением нейрогуморальной активности на уrogenитальном уровне (простаты, семенников с придатками, семенных пузырьков).

Любовь

До сих пор не существует однозначного определения любви. Каждый вкладывает в это понятие свой собственный смысл, хотя ученые пытаются дать ей конкретное толкование. По определению краткого психологического словаря любовь – это высокая степень эмоционально положительного отношения, выделяющего его объект среди других и помещающего его в центр жизненных потребностей и интересов субъекта; интенсивное, напряженное и относительно устойчивое чувство субъекта, физиологически обусловленное сексуальными потребностями и выражающееся в социально формируемом стремлении быть своими личностно-значимыми чертами с максимальной полнотой представленным в жизнедеятельности другого таким образом, чтобы пробуждать у него потребность в ответном чувстве той же интенсивности, напряженности и устойчивости (А. В. Петровский, М. Г. Ярошевский). Дискуссионным вопросом остается теория возникновения любви. На современном этапе предложено несколько теорий.

Психолог Роберт Стернберг выдвинул трехкомпонентную теорию любви (триаду), схематично изобразив ее в виде треугольника. Согласно этой теории любовь включает три составляющие: близость, страсть и компонент, названный «решение / обязательство».

Близость как компонент триады складывается из оказания и получения эмоциональной поддержки друг другу, а также других действий партнеров, направленных на создание и сохра-

нение теплоты в любовных отношениях. К ним относятся откровенное и искреннее общение, способность делиться своими положительными и отрицательными эмоциями, радость, доставляемая общением друг с другом, уважение и бережное отношение к любимому человеку.

Компоненты любовных отношений занимают произвольные вершины треугольника.

Страсть включает не только сексуальное влечение в отношениях партнеров. Для некоторых людей, например, потребность в самоуважении, установление контакта с другими людьми, признание окружающими их лидерства или, наоборот, полное подчинение партнеру могут являться более важным источником страсти, чем секс.

Компонент «решение / обязательство» состоит из кратковременной и долговременной частей. Кратковременная часть – это решение о том, что некий человек любит другого человека, долговременная – осознание того, в какой степени человек готов выполнять это обязательство, т. е. продолжать любить.

Такие треугольники создаются для характеристики реальных и идеальных отношений для каждого из партнеров.

При совмещении этих треугольников обоих партнеров можно определить степень вовлеченности каждого из партнеров в любовную связь. Если партнеры хорошо подходят друг другу, их треугольники почти совпадают. В случае неудачной любовной связи, когда один из партнеров ожидает от другого того, что второй не может ему дать, или когда интересы партнеров абсолютно различны, их треугольники совсем не совмещаются.

Для построения треугольников служит специальный тест.

Свободные места оставлены для имени человека, с которым вас связывают любовные отношения. Оцените каждое утверждение по шкале от 1 до 9, где 1 означает «совсем нет», 5 – «умеренно», а 9 – «очень сильно». Остальные баллы можно использовать для промежуточных оценок.

1. Я желаю _____ всяческого благополучия.
2. У меня теплые отношения с _____.
3. Я всегда могу рассчитывать на поддержку _____.
4. _____ всегда может рассчитывать на мою поддержку.
5. Я готов (а) многим пожертвовать для _____.
6. Я получаю значительную эмоциональную поддержку от _____.
7. Я оказываю значительную эмоциональную поддержку _____.
8. Я хорошо лажу с _____.
9. Я очень ценю роль _____ в моей жизни.
10. Я ощущаю свою близость к _____.
11. Мои отношения с _____ вполне меня устраивают.
12. Я чувствую, что действительно понимаю _____.
13. Я чувствую, что _____ действительно понимает меня.
14. Я чувствую, что действительно могу доверять _____.
15. Я делюсь с _____ своими глубоко личными переживаниями.
16. Мне достаточно увидеть _____, чтобы прийти в возбуждение.
17. Я очень часто думаю о _____.
18. Мои отношения с _____ очень романтичны.
19. Я нахожу _____ очень привлекательным.
20. Я идеализирую _____.
21. Я не могу себе представить, чтобы кто-то другой сделал меня такой (им) счастливой (ым), как _____.
22. Я хочу быть с _____ и ни с кем другим.
23. Для меня нет ничего важнее моих отношений с _____.
24. Мне особенно приятен физический контакт с _____.

25. В моих отношениях с _____ есть что-то волшебное.
26. Я обожаю _____.
27. Я не могу представить себе жизни без _____.
28. Наши отношения с _____ можно назвать страстью.
29. Когда я смотрю фильмы или читаю книги о любви, я думаю о _____.
30. У меня часто возникают сексуальные фантазии, связанные с _____.
31. Я знаю, что я люблю _____.
32. Я твердо решил (а) поддерживать отношения с _____.
33. Я люблю _____ и никому не позволю встать между нами.
34. Я уверен (а) в постоянстве моих отношений с _____.
35. Я не могу себе представить, что может помешать сохранению моей преданности.
36. Я надеюсь сохранить любовь к _____ до конца моих дней.
37. Я всегда буду ощущать глубокую ответственность за _____.
38. Я считаю свою преданность _____ очень сильной.
39. Я не могу представить себе, что мои отношения с _____ могут окончиться.
40. Я уверен (а) в своей любви к _____.
41. Я считаю свою связь с _____ постоянной.
42. Я считаю свои отношения с _____ хорошим решением.
43. Я испытываю чувство ответственности за _____.
44. Я намереваюсь продолжить свою связь с _____.
45. Даже когда я ссорюсь с _____, у меня не возникает желания нарушить верность.

Пункты 1-15 оценивают близость, 16–30 – страсть, а 31–45 служат для оценки третьего компонента триады. Для оценки результатов необходимо сложить баллы по каждому разделу и разделить сумму на 15.

По мнению автора теории Р. Стернберга, удовлетворенность партнеров любовными отношениями определяется соответствием между их реальными треугольниками и соответствием между реальным и идеальным треугольником каждого из партнеров. Например, при значительном несоответствии между идеальным треугольником человека и треугольником, правдоподобно отражающим его реальные любовные отношения, он будет испытывать неудовлетворенность отношениями. Точно так же значительное несоответствие между реальными треугольниками обоих партнеров означает, что они не соответствуют друг другу психологически и что скорее всего каждому из них будет сложно понять и удовлетворить желания и потребности другого.

Треугольники Стернберга для двух партнеров могут изменяться как с течением времени, так и в зависимости от поведения и чувств двух любовников. Например, страстность, накал любовных отношений обычно быстро достигают высшей точки, а затем, во время фазы привыкания, стабилизируются на несколько более низком уровне. С течением времени (по мере привыкания) один партнер волнует другого все меньше. Кроме того, партнеры оказывают взаимное влияние друг на друга. Потребности и желания каждого человека со временем меняются, поэтому для сохранения любви необходимы гибкость, тонкое чувствование настроений и изменений, происходящих с партнером.

Теория Стернберга до сих пор вызывает дискуссии. Некоторые ученые считают ее слишком упрощенной, не учитывающей воздействия третьих сторон на любовную связь двоих.

Любовь как привязанность

Другая теория рассматривает любовные отношения как аналог привязанности, существующей между матерью и ребенком. В обоих случаях отношения основаны на доверии, чувстве защищенности; и там, и здесь присутствует страх оказаться отвергнутым, боязнь разлуки.

Согласно Д. М. Шаверу, Д. Хейзену и Д. Брэдшоу, взрослый человек строит свои отношения с другими людьми, в том числе любовные, такими, какие они были между ним и его матерью в раннем детстве. Однако не всегда отношения между матерью и младенцем бывают хорошими. Если мать не спешит реагировать на плач или зов ребенка, если она постоянно запрещает ему делать то, что он хочет, ребенок нередко становится беспокойным. А если мать игнорирует его попытки к устанавливаемому ребенком физическому контакту, когда он старается прикоснуться к ней или просится на руки, то ребенок перестает так безоглядно любить ее и начинает избегать.

Авторы теории используют те же категории отношений для характеристики отношений между взрослыми людьми. Исследователи различают спокойную любовь уверенных в себе людей, которых не беспокоит вероятность оказаться брошенными; беспокойную любовь недоверчивых, мнительных, всегда сохраняющих некую дистанцию с другими людьми, и, наконец, любовь, которую можно охарактеризовать как нервную (амбивалентную). Замкнутым, недоверчивым людям неприятен слишком тесный контакт с кем-либо, и им трудно полностью открыться партнеру. В отличие от них нервные любовники не уверены в прочности отношений, постоянно терзают себя мыслями о том, что партнеры на самом деле их не любят или хотят оставить их. Любовь таких людей часто становится неприятной, назойливой.

По результатам проведенного авторами социологического исследования 56 % любовных связей между взрослыми людьми можно отнести к разряду спокойных, 25 % – к беспокойным, а 19 % – к нервным (амбивалентным).

Оппоненты данной теории ставят под сомнение предположение о том, что на характер любовных отношений конкретного человека оказывают влияние события, происходившие с ним в раннем детстве, т. е. противники данной теории отвергают жизненный опыт, накопленный человеком за период юности и зрелости.

Таким образом, каждый человек обречен на некий определенный стиль в любви еще до того, как повзрослел; идея о свободе выбора отвергается. Кроме того, теория не объясняет различий в любовных отношениях у разных народов. Но, несмотря на такую критику, проводится ряд перспективных исследований для ее подтверждения.

Проявления и формы любви многообразны, и еще с древних времен делались попытки выделить некие обобщенные виды ее. Так, древние греки выделяли следующие ее виды: «эрос» – страстная любовь мужчины и женщины, плотская или духовная, но приносящая удовлетворение только при условии обладания объектом любви; «*agape*» – жертвенная, бескорыстная любовь, почти родственная, направленная на благо любимого человека; «*storge*» – любовь-нежность, семейная любовь; «*philia*» – любовь-дружба.

Романтическая любовь

На протяжении веков романтическая любовь воспевается в произведениях литературы.

При романтической любви в отличие от любви любого другого типа любящий почти полностью погружается в любимого человека. Романтическая любовь губит объективность. Она скрывает недостатки и усиливает достоинства объекта любви, любящий же утрачивает всякое чувство меры.

Признанной теории романтической любви нет. По мнению Б. Брандена, романтическая любовь – это «страстная духовно-эмоционально-сексуальная привязанность, возникающая между мужчиной и женщиной и отражающая их высокую взаимную оценку». Хотя это определение довольно ограничено, если принимать во внимание гомосексуальные связи. Многие определения романтической любви не содержат обязательного сексуального компо-

нента. Романтическая любовь описывается как поглощенность другим человеком, очень сильное желание быть с любимым (ой), ощущение пустоты без него (или нее), частые мысли о любимом человеке независимо от его присутствия или отсутствия. Разлука часто вызывает ощущение настоящего отчаяния или же мучительное ожидание воссоединения. Воссоединение воспринимается как источник эйфорического экстаза или успокоения и удовлетворенности.

Американский психолог Д. Теннов для обозначения крайней степени силы романтической любви предложила термин «лимерентность». Человеку в состоянии лимерентности свойственно то, что все его мысли заняты любимым человеком, а также полная уверенность в том, что только любимый им человек может сделать его абсолютно счастливым. Настроение лимерентно влюбленного человека целиком зависит от поведения и поступков предмета его любви. В любом его слове или жесте лимерентно влюбленный пытается найти определенный знак для себя, уловить одобрение своим действиям и боязнь быть отвергнутым.

Лимерентно влюбленный человек почти полностью теряет контроль над собой. Изменения настроения предмета его любви прямо влияют на работоспособность и взаимоотношения с другими людьми. Неудача в такой любви может привести к состоянию полного упадка сил, безразличию к окружающим людям и происходящим событиям.

В течение жизни лимерентность можно не испытать или же испытать несколько раз.

Романтическая любовь в своем развитии проходит несколько этапов.

Готовность к любви

Четких доказательств существования этого состояния нет, но предполагается, что такое состояние возникает. Оно не всегда приводит к тому, что человек влюбляется, но повышает вероятность возникновения любви.

Готовность к любви складывается из нескольких элементов.

1. Любовь воспринимается как событие желанное, как подарок, а не неприятность или лишняя обуза. Люди, считающие романтическую любовь признаком излишней сентиментальности или опасющиеся, что она может повредить их карьере, не позволяют себе влюбиться. Однако люди, которые думают, что любовь облагораживает человека и способствует проявлению лучших его качеств, могут активно искать подходящий предмет своей любви.

2. Человеку свойственно стремление к близости с другим человеком. Это стремление может объясняться испытываемым чувством одиночества, завистью к любовным отношениям других людей или желанием вновь обрести утраченную когда-то любовь.

3. Возникновению готовности к любви часто способствует сексуальная фрустрация. Случайный секс не может дать полного эмоционального и морального удовлетворения, несмотря на его доступность.

4. Готовность к любви – это еще и надежда любого человека встретить ответную любовь. Однако с возрастом человек все меньше может рассчитывать на ответные чувства.

Некоторые люди постоянно находятся в состоянии готовности к любви, но любовь так никогда и не возникает. Другие никогда не испытывают готовности к любви или это состояние у них кратковременно.

Зарождение влюбленности

Романтическая любовь начинается со стадии зарождения влюбленности, которая может протекать быстро (любовь с первого взгляда) или же развиваться постепенно, в течение нескольких месяцев или лет.

Внезапное возникновение любви невозможно, если человек не находится в состоянии готовности к любви. В обычной жизни любовь с первого взгляда возникает редко, как правило, человек влюбляется постепенно, а сама влюбленность у разных людей начинается по-разному. Регулярные встречи и свидания позволяют двум людям выяснить, действительно ли между

ними существует взаимная симпатия, способная перерасти в любовь, или же только психологическая совместимость. Физическая близость дает возможность определить тягу к сексуальным отношениям с данным человеком. Иногда любовь появляется из предшествующей дружбы и в этих случаях протекает обычно спокойно, без бурных эмоций.

В основе всякой любви – стремление как можно ближе узнать данного человека и удовлетворить сексуальное желание.

Влюбленность

Состояние влюбленности может возникнуть независимо от того, отвечает ли ее объект взаимностью или нет. Но при отсутствии признаков любви со стороны другого человека влюбленность обычно быстро проходит. Однако человек, достигший стадии влюбленности, обычно надеется на ответную любовь и готов довольствоваться даже самыми незначительными признаками ответного чувства.

На этой стадии влюбленный может испытать состояние лиме-рентности или оставаться спокойным, уверенным в себе и в том, что обязательно вызовет ответную любовь. Сексуальное влечение почти всегда сильно выражено, но сдерживается влюбленным из-за застенчивости или следования нравственным устоям общества.

В любой своей форме влюбленность длится около 1–2 лет. Затем влюбленность переходит в следующую стадию цикла романтической любви, так называемую любовь-дружбу, либо, особенно при отсутствии взаимности, интерес утрачивается, и влюбленность постепенно проходит.

Переходная стадия

Переходная стадия романтической любви имеет решающее значение. В этот период первоначальное эмоциональное напряжение, вызываемое сближением с партнером, проходит, страсти постепенно утихают. Влюбленные обнаруживают друг у друга недостатки, которых прежде не замечали или на которые закрывали глаза, в их отношениях появляются скука, обыденность, раздражение.

Как правило, на этой стадии влюбленные начинают различными способами испытывать любовь друг друга на прочность, подвергать ее различным проверкам. Они начинают пробовать друг друга перевоспитывать, отстаивать свое главенство в отношениях. При присоединении ревности конфликт становится неизбежным. В процессе выяснения отношений и конфликтов решается важный вопрос о том, хочу ли я оставаться с этим человеком, или мне следует уйти сейчас, пока я могу.

Переходная стадия любви – это пора проверки реального положения вещей. На прежних стадиях отношения идеализировались, как бы рассматривались через розовые очки, которые теперь пришлось снять. Возникающие в переходной стадии конфликты могут привести к разрыву отношений или временному примирению. Временное примирение имеет в дальнейшем два варианта развития событий: либо отношения переходят обратно в переходную стадию и через некоторое время вновь возникают конфликты, либо наступает следующая стадия – любовь-дружба. Вместе с тем при наличии у обоих любовников твердого желания сохранить отношения любые конфликты могут быть разрешены мирным путем, без впадения в крайности, и тогда любовь становится крепче благодаря пережитым испытаниям.

Любовь подходит к концу

Когда люди влюбляются, они счастливы от того, что находятся рядом с любимым человеком, каждый день открывают что-то новое в самих себе и в тех, кого они любят. Но когда любовь проходит, это перестает доставлять прежнюю радость, чувство любви больше не занимает главное место, отодвигается на второй план, превращается в воспоминание. Взаимоотно-

шения могут стать напряженными, появляется высокая вероятность возникновения конфликтных ситуаций, которые теперь требуют все больших усилий для их разрешения.

Любовная связь в большинстве случаев распадается болезненно. Всего около 15 % связей прекращаются по взаимному согласию, без бурных отрицательных эмоций. Во многих случаях один из партнеров уходит раньше, когда другой все еще любит его, т. е. стадия приближения к концу наступает у двух влюбленных одновременно. Чувства, которые может испытывать брошенный партнер, иногда сходны с горем человека, переживающего смерть близкого человека. Затем это чувство несколько притупляется, но на смену ему приходят мучительные воспоминания о пережитых вместе радостных минутах, и человеку долго не удастся вернуться к нормальной жизни. Многие брошенные партнеры впадают в ярость, стремятся отомстить обидчику, еще недавно любимому, или решают не допускать возникновения любви в будущем.

Любовь окончилась

Оказавшись в одиночестве, люди, как правило, быстро переживают произошедший разрыв и вскоре становятся готовыми к новой любви. Хотя иногда в результате пережитых страданий наступает период, когда влюбиться вновь просто невозможно, но и он рано или поздно проходит.

Любовь-дружба

Сладостные чувства, характерные для первых стадий романтической любви, редко продолжают длительное время. Обычно, при благоприятном течении переходной стадии, они сменяются так называемой любовью-дружбой. На первый план в такой любви выходят взаимная привязанность, преданность, доверие, общие интересы, забота друг о друге и духовное единство. Прежняя страсть проходит.

При постоянном внимании и уважении партнеров друг к другу, взаимном стремлении сохранить свои чувства сексуальные отношения приносят глубокое удовлетворение.

Любовь-дружба наиболее характерна для супружеских и других длительных и прочных связей. Она менее требовательна и не требует такого напряжения, как романтическая любовь. Любовь-дружба не мешает нормальному ходу жизни, позволяет жить спокойно, работать, воспитывать детей, иметь разного рода увлечения. Это надежная связь двух людей, основанная на реальных ценностях, в то время как романтическая любовь часто строится на иллюзиях и выдуманных идеалах.

Биологическая сторона любви

Чувство любви имеет вполне реальную биологическую основу, о чем свидетельствуют данные, полученные во многих исследованиях.

Прежде всего любовь непосредственно связана с инстинктом продолжения рода.

На заре эволюции человека успешность воспроизводства потомства определялась двумя факторами:

- 1) генетическим разнообразием, которое должно обеспечивать здоровье потомков;
- 2) присутствием рядом с женщиной в период беременности и после рождения ребенка ее сексуального партнера, отца ребенка, который их защищал, снабжал пищей, оказывал помощь в уходе за ребенком.

Любовь создавала более крепкую связь между родителями, чем только сексуальное влечение. Кроме того, любовь сближает представителей разных народов, а браки между ними способствуют повышению генетического разнообразия и выживаемости вида.

В 1961 г. психолог С. Шехтер разработал гипотезу, согласно которой любые человеческие эмоции сопровождаются определенным набором физиологических и биохимических реакций (сердцебиением, затрудненным дыханием, изменением концентрации химических веществ в организме). Разграничение любви, ненависти, гнева и других эмоций основано не столько на

самих физиологических реакциях, которые, как правило, одинаковы, сколько на нашем восприятии и трактовке этих реакций и на том, как мы их называем. В понимании С. Шехтера любовь – это всего лишь совокупность физиологических изменений, интерпретируемая определенным образом. Однако теория С. Шехтера может быть опровергнута. В настоящее время большинство ученых считают, что чувство, называемое любовью, сопровождается своим особым набором физиологических реакций, связанных с различиями в реакции нервной системы на эмоции разного типа.

Психиатр М. Лейбовиц считает, что волнение и возбуждение представляют собой следствие изменений уровней двух нейромедиаторов – дофамина и норадреналина в центральной нервной системе. В своей книге «Химия любви» М. Лейбовиц утверждает, что синтез этих медиаторов стимулируется зрительными образами (например, видом привлекательного человека, чтением соответствующей литературы). В результате усиливается выделение этих медиаторов, в высоких концентрациях возбуждающих центр удовольствия в головном мозге. М. Лейбовиц считает также, что необычайно сильная любовь может быть связана с другим нейромедиатором – серотонином, способным вызывать эйфорическое состояние. Любовь-дружба главным образом связывается с выделяемыми головным мозгом эндорфинами – веществами, обладающими морфиноподобным действием, способствующим появлению чувства спокойствия и радости. Кроме того, по мнению М. Лейбовица, всплеск отрицательных эмоций, вызываемый крушением страстной любовной связи, может быть аналогичным ломке наркомана: в обоих случаях после утраты химического источника наслаждения (снижения концентрации в крови медиаторов) начинается период эмоциональных и физических страданий.

До сих пор существуют разные взгляды на вопрос о взаимосвязи любви и секса. В прежние времена секс считался допустимым только по любви и после официального оформления отношений. В настоящее время секс до брака стал распространенным явлением, однако многие девушки все же требуют признания в любви, прежде чем решаются на сексуальную близость.

Секс без любви

В отличие от секса при наличии любовных отношений секс между людьми, не испытывающими друг к другу любви, все же нельзя отнести к случайному сексу. Между людьми, не любящими друг друга, может существовать более крепкая эмоциональная связь, чем между двумя влюбленными, которые тем не менее иногда вступают в сексуальные отношения на стороне, не придавая особого значения ни самому половому акту, ни возникающему при этом эмоциональному контакту. Независимо от наличия любовных отношений между двумя людьми, даже между двумя любящими партнерами, секс может быть механическим или поспешным.

Бесстрастный секс не является чем-то плохим, если два человека осознают свои действия, однако некоторых людей оскорбляет сама мысль о механическом сексе.

В некоторых случаях люди вступают в половую связь в надежде, что она перерастет в любовь, однако так происходит далеко не всегда, и появляется разочарование. Разочарование наступает реже, если человек осознает, что вступает в случайную половую связь только для того, чтобы испытать секс без любви.

Распространенное мнение о том, что при взаимной любви двух партнеров секс лучше, неверно. Можно привести множество примеров, когда между двумя любящими, преданными друг другу партнерами сексуальные отношения совершенно не складывались, в то время как пары, в которых нет любви друг к другу, получают от секса полное удовлетворение. Однако настоящая любовь неразрывно связана со взаимной заботой и уважением. При сексуальных отношениях без любви выше вероятность того, что один партнер просто использует другого, гораздо выше, а возможностей оценить порядочность партнера намного меньше.

В некоторых случаях любовь абсолютно не связана с сексом: любовь между родителями и детьми, между братьями и сестрами, платоническая любовь. Существуют также формы роман-

тической любви, полностью исключая сексуальный компонент. В этих случаях оба партнера по взаимному согласию решают воздерживаться от полового сношения по причине религиозных убеждений, отсутствия интереса к сексу или желания подождать до свадьбы. Кроме того, секс становится невозможным или резко ограниченным по причине болезни партнера или разлуки. В этих случаях решение об отказе от секса должно быть принято обоими партнерами.

Психологи о любви

Психологи до сих пор пытаются найти причины возникновения любви. Большое значение в степени привлекательности одного человека для другого имеет внешность. Люди любого возраста относятся к красивым людям более благосклонно, чем к непривлекательным. К красивым людям всегда относятся более вежливо, приветливо, охотнее выполняют их просьбы. Достоверно известно, что красивые женщины имеют большее количество поклонников, чем менее привлекательные. Для мужчин фактор внешней привлекательности имеет гораздо меньшее значение.

Внешняя привлекательность для самих женщин имеет более важное значение, чем для мужчин. В общественном сознании привлекательность мужчины больше зависит от финансового состояния и социального статуса. При выборе поклонников или мужей женщины отдают предпочтение финансово-состоятельным мужчинам, представителям престижных профессий.

Психологи в ходе многих исследований выявили еще несколько интересных фактов.

1. Любовь с первого взгляда во многих случаях – попытка оправдать стремление вступить в половую связь, но иногда любовь действительно возникает таким образом.

2. Широко распространенное мнение общества о том, что мужчины предпочитают недоступных женщин, неверно.

3. В студенческом возрасте женщины влюбляются чаще, чем мужчины, но мужчины делают это быстрее.

4. Мужчины дольше переживают разрыв отношений, чем женщины, а женщины чаще прекращают отношения, чем мужчины.

ТЕМПЕРАМЕНТ, ХАРАКТЕР И ДРУГИЕ СВОЙСТВА ЛИЧНОСТИ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СЕКСУАЛЬНОСТЬ

Для гармоничной совместной жизни двух любящих людей необходимо достижение трех уровней сплоченности и совместимости (по А. В. Петровскому):

- 1) характеров, темпераментов;
- 2) функционально-ролевых ожиданий;
- 3) предметно-целевого и ценностно-ориентационного единства в качестве высшего уровня.

В настоящее время повысилось значение социально-психологических факторов в создании гармоничных отношений. Гармоничность личностных отношений и правильное поведение супругов способствуют развитию гармоничных половых отношений. Прочность отношений зависит от количества одинаковых или дополняющих друг друга качеств личности супругов.

Темперамент

Темперамент – это индивидуальные особенности человека, определяющие динамику протекания его психических процессов и поведения. Несоответствие темпераментов супругов неблагоприятно влияет на их психологическую и сексуальную адаптацию.

Типы темперамента по Гиппократу

Греческий ученый Гиппократ считал, что основным условием существования организма являются данные в нем в определенной пропорции и питающие его четыре жидкости (гумор):

- 1) «сангва» – кровь;
- 2) «флегма» – слизь;
- 3) «холе» – желчь;
- 4) «мелан холе» – черная желчь.

Именно Гиппократ предложил собственно термин «темперамент», обозначавший смесь, смешивание в определенном соотношении жидкостей в теле человека, которое определяет различие между людьми по силе их переживаний.

На основе гуморальной теории Гиппократа и в зависимости от того, какая из жидкостей преобладает в организме, были установлены четыре типа темперамента:

- 1) сангвинический;
- 2) меланхолический;
- 3) флегматический;
- 4) холерический.

Данная классификация широко применима и в настоящее время.

Многие исследователи создавали варианты этой классификации: изменяли количество типов, выделяли смешанные формы, но само существование типов темперамента не отрицалось, так же как и их основные признаки. Споры вызывает понимание темпераментов, установление их психологических и физиологических механизмов.

Ряд ученых считают темперамент врожденным биологическим свойством отдельного биологического процесса или целого организма, проявляющимся в переживаниях и поведении личности. Некоторые исследователи, стоящие на биологической точке зрения, причиной индивидуальных различий считают гуморальную систему (Гиппократ, Т. Ф. Гален) другие – особенности кровообращения (М. Геллер, Лесгафт), либо процесс обмена веществ в организме (А. Фулье), конституцию (Галь, Кречмер, Шелдон), неврологические процессы, особенности высшей нервной деятельности (И. П. Павлов и его школа).

В противоположность биологической точке зрения были выдвинуты психологические теории, согласно которым темперамент является не врожденным биологическим свойством организма, а врожденным свойством собственно души, психики (Кант, Б. Штерн и др.). Согласно психологическим теориям темперамент связан с организмом, но эта связь не имеет какого-то специфического характера и не отличается от природы связи других свойств личности с организмом.

Сангвинический тип темперамента

Сангвиник общителен, жизнерадостен, быстро сходится с людьми, легко переключается с одного вида деятельности на другой, но не любит рутинной работы. Он легко контролирует свои эмоции, быстро осваивается в новой обстановке и знакомится с новыми людьми. Его речь эмоциональная, громкая, быстрая, отчетливая и выразительная, часто сопровождается выразительными мимикой и жестами. Но этому типу темперамента свойственна некоторая двойственность поведения. Если люди и события быстро меняются, все время поддерживается новизна и интерес впечатлений, у сангвиника появляется состояние активного возбуждения, и он проявляет себя как человек деятельный, активный, энергичный. Если же воздействия длительны и однообразны, то они не поддерживают состояния активности, возбуждения, и сангвиник теряет интерес к делу, становится вялым и безразличным. У сангвиника быстро возникают и сменяют друг друга чувства радости, горя, привязанности и недоброжелательности, но любые проявления его чувств неустойчивы, кратковременны и поверхностны. Они быстро возникают и так же быстро исчезают, иногда даже сменяясь противоположными. Настроение сангвиника быстро меняется, но обычно бывает приподнятым.

Флегматический тип темперамента

Человек этого типа темперамента спокоен, уравновешен, нетороплив, даже медлителен. В своей деятельности проявляет себя как человек разумный, упорный, основательный. Как правило, он доводит начатое дело до конца. Все психические процессы у флегматика протекают как бы замедленно. Чувства флегматика внешне выражаются слабо, не являются разнообразными по причине уравновешенности и слабой подвижности нервных процессов. В отношениях с людьми флегматик всегда ровен, спокоен, в меру общителен, настроение у него устойчивое, спокойное, без лишних эмоций. Спокойствие человека флегматического темперамента проявляется и в спокойном, даже философском отношении к событиям и явлениям жизни. Флегматика нелегко вывести из себя и задеть за живое. У человека флегматического типа темперамента легко выработать выдержку, хладнокровие, спокойствие, но следует развивать недостающие ему качества – большую подвижность, активность. Нельзя допускать, чтобы флегматик проявлял безразличие к деятельности, вялость, пассивность, которые очень легко могут сформироваться в определенных условиях жизни. Иногда у человека этого темперамента может развиться безразличное отношение к труду, к происходящим событиям, к людям и даже к самому себе.

Холерический тип темперамента

Люди этого темперамента быстры, чрезмерно подвижны, неуравновешенны, эмоциональны, все психические процессы протекают у них быстро и с высокой интенсивностью. Преобладание возбуждения над торможением, свойственное этому типу нервной деятельности, проявляется в несдержанности, импульсивности, вспыльчивости, раздражительности холерика. Ему свойственны выразительная мимика, торопливая громкая речь, резкие, полные эмоций жесты, порывистые движения. Чувства человека холерического типа темперамента сильные, обычно ярко проявляются, быстро возникают; настроение меняется быстро и непредсказуемо. Неуравновешенность и порывистость, свойственные холерику, проявляются и в его деятельности: он с увлечением и страстью берется за дело, быстро и качественно выполняя всю работу, преодолевая трудности. Но затем запас нервной энергии быстро истощается и в работе наступает резкий спад: настроение портится, холерик становится вялым и равнодушным к тому, что прежде вызывало такой эмоциональный подъем. Холерик гневлив, в общении с людьми может допустить бестактность, резкость, раздражительность, что мешает ему дать объективную оценку действиям других людей и вызывает развитие конфликтных ситуаций в коллективе. Хотя гнев и отрицательные эмоции холерика быстро исчезают, конфликтные ситуации могут сохраняться длительное время, и отношения в коллективе остаются напряженными.

Меланхолический тип темперамента

У меланхоликов медленно протекают психические процессы, они тяжело и часто неадекватно реагируют на сильные и длительные раздражители. В работе меланхолики обычно пассивны, безынициативны. Чувства и эмоциональные состояния у людей меланхолического темперамента возникают медленно, но отличаются глубиной, большой силой и длительностью. Меланхолики чувствительны к критике, даже добродушной, тяжело переносят обиды, конфликтные ситуации, хотя внешне почти никак не проявляют своих переживаний. Представители меланхолического типа темперамента замкнуты, стремятся к одиночеству, избегают знакомств и общения с новыми людьми, часто смущаются, неловко чувствуют себя в незнакомой обстановке. Все новое или малознакомое вызывает у меланхоликов состояние ступора, однако в привычной и спокойной обстановке люди меланхолического типа темперамента работают очень продуктивно и с полной отдачей, не боятся однообразной работы.

Основатель немецкой классической философии Иммануил Кант в конце XVIII в. представил в своей «Антропологии» формальное описание четырех типов темперамента.

Типы темперамента по Канту

Сангвинический темперамент человека веселого нрава (das Leichtblütigen)

Это человек беззаботный, полный надежд на светлое будущее. Каждой вещи или событию он на мгновение придает большое значение, но через минуту уже перестает об этом думать. Он честно обещает выполнить все, о чем его просят, но не держит своего слова, так как прежде чем дать обещание, он недостаточно хорошо обдумал, в состоянии ли он исполнить это. Такой человек добродушен, легко соглашается оказать другому посильную помощь. Он не спешит отдавать долги и всегда просит отсрочки. Он хороший собеседник, остроумен, шутит, весел, готов ничему в мире не придавать большого значения и всех людей считает своими друзьями. Обычно он добрый человек, но грешник, который не осознает своих проступков и с трудом поддается исправлению. Правда, он сильно, с большой эмоциональностью раскаивается, но не грустит, не сожалеет и скоро забывает свое раскаяние. У него не хватает терпения и выдержки. Рутинная работа его быстро утомляет, однако он без устали занимается тем, что, по сути дела есть только игра, поскольку игра всегда связана с переменами.

Меланхолический темперамент человека мрачного нрава (das Schwerblütigen)

Человек, расположенный к меланхолии (но не меланхолик), придает всему, что его касается, большое значение, всегда находит поводы для опасений и переживаний и обращает внимание прежде всего на трудности, никогда не думая в первую очередь об успехе нового начинания. Он с неохотой дает обещание, потому что не может его не исполнить, но сомневается, в состоянии ли он выполнить обещанное. И все это у него объясняется не моральными причинами, а тем, что быстрое согласие и выполнение обещания ему не нужны и доставляют неприятность, и поэтому он становится меланхолическим, озабоченным, недоверчивым, всегда во всем сомневающимся.

Холерический темперамент человека вспыльчивого (das Warmblütigen)

О нем говорят, что он горяч, вспыльчив, гневлив, но если другие идут на уступки, он быстро остывает. В его гневе нет ненависти, и он любит других тем сильнее, чем скорее они ему уступают. Его деятельность быстра, но непродолжительна. Он активен, деятелен, но неохотно берется за работу именно потому, что у него не хватает выдержки. Такой человек охотно становится начальником, руководителем, но обычную работу выполнять не хочет. Он честолюбив, амбициозен, легко берется за общественные дела и ждет, чтобы его долго и громко хвалили, жаждет популярности. Он любит пафос и помпезность церемоний, охотно берет под свою защиту других и с виду добр и великодушен, но не из любви к людям, а из гордости. Себя он любит намного больше, чем кого-либо. Он следит за порядком в делах и поэтому кажется умнее, чем есть на самом деле. Он любит располагать средствами, чтобы не быть скупым и проявлять щедрость. Он воспитан и вежлив, но любит церемонии, жеманен и напыщен в общении. Не чувствует лести и любит, когда ему льстят. При некоторой доле иронии в общении с ним он быстро теряет прежнюю важность. Из всех четырех типов темпераментов больше других вызывает неприязнь.

Флегматический темперамент хладнокровного (das Kaltblütigen)

Флегма означает отсутствие аффекта, а не инертность (безжизненность), и поэтому человека, у которого много флегмы, нельзя называть флегматиком и зачислять в разряд лентяев.

Флегма как слабость – это склонность к пассивности, бездеятельности, нежелание браться за дело, даже если побуждения к этому очень сильны. Он добровольно признает свою бесполезность и соглашается с этим. Его жизнь, если его запустить, будет направлена только на удовлетворение потребности в питании и сне.

Флегма как сила – это способность приходить в движение хотя и медленно и с трудом, но надолго. Человек этого типа медленно нагревается, но долго хранит тепло. Он нелегко приходит в гнев, а сначала сомневается, следует ли ему вообще сердиться. Холерик уже пришел бы в бешенство от того, что не выведет из равновесия этого человека. Хладнокровному человеку не стоит жалеть о том, что у него совершенно обычная доля разума. Флегма делает его человеком рассудочным, в своих действиях он исходит из принципов, а не из инстинктов. Его темперамент заменяет ему мудрость, и даже в обыденной жизни его часто называют философом. Своим темпераментом он превосходит представителей других типов темперамента, не задевая их тщеславия. Он невосприимчив к критике в свой адрес, он не может ее избежать, но реагирует совершенно спокойно. В семье это уживчивый муж, который умеет забирать власть над женой и родственниками, хотя с виду он покорен воле их всех, так как, обладая непреклонной, но благоразумной волей, он умеет приспособить их волю к своей.

Два типа темперамента (сангвинический и меланхолический) Кант рассматривает как темпераменты чувства, два другие (холерический и флегматический) – как темпераменты действия.

Большой известностью пользуется до сих пор типология Карла Густава Юнга, разделяющая людей на типы, исходя из собственно психологических различий между ними.

Типы темперамента по К. Г. Юнгу

К. Г. Юнг выделил два общих типа – экстравертированный и интровертированный. В основе различий между этими двумя типами лежит субъектно-объектная ориентация.

Для **экстравертов** характерна направленность на объект. Внешние по отношению к ним факторы – мнения других людей, общепринятые представления, объективные обстоятельства – определяют их поступки и решения в гораздо большей степени, чем их собственное, субъективное отношение к окружающей действительности. Направленность на других позволяет им легко приспосабливаться к обстоятельствам.

Однако чрезмерная экстравертированность может привести к неблагоприятным последствиям. Так, их собственное самочувствие или здоровье могут оказаться для них недостаточно внешними факторами для того, чтобы обращать на них внимание. Полное подчинение своих интересов объективным требованиям может привести к взваливанию на себя непосильной работы и к нервному и физическому истощению.

Для *интроверта* решающими являются субъективные точки отсчета. У него субъективное всегда превалирует над объективным, и ценность субъекта всегда выше, чем ценность объекта. Испытывая, например, какое-то чувство, интроверт обращает внимания не на события или людей, которые эти чувства вызвали, а на собственные переживания. Интровертированная установка выражается и в том, что собственное мнение оказывается для интроверта всегда более весомым аргументом, чем внешняя реальность.

Кроме сознательной установки, оба типа имеют и бессознательную установку. Бессознательная установка выполняет по отношению к сознательной компенсаторную функцию и находится с ней в противоположных отношениях: чем больше преувеличивается сознательная установка, тем примитивнее становится бессознательная.

У экстравертов при подавлении субъективного компенсация будет акцентировать именно субъективное. Поэтому бессознательная установка экстравертов является интровертированной (ориентированной на субъект) и выражается в эгоцентрических устремлениях.

Если сознательная установка сильно преувеличена, то бессознательное теряет свой компенсаторный характер. Например, интроверты в этом случае могут наделять объект опасными и магическими чертами. При этом чем сильнее сознательная интровертированная установка,

тем больше тревоги и недоверия вызывают новые и незнакомые объекты. Идеалом становится необитаемый остров.

Экстраверсия и интроверсия характеризуют две большие группы людей, внутри которых есть выраженные индивидуальные различия, связываемые К. Т. Юнгом с влиянием основных психических функций. Всего он выделяет четыре таких функции – мышление, эмоции, ощущение и интуицию. У одного и того же человека все четыре функции не бывают развиты одинаково хорошо, и преобладающая психическая функция определяет соответствующий тип поведения. Два типа субъектно-объектной установки и четыре вида функций образуют восемь более частных психологических типов.

Экстравертированный мыслительный тип характерен для людей, которые принимают важные решения на основе рассудка. Люди этого типа склонны создавать схемы объективной реальности и руководствоваться этими схемами в своей жизни как непреложным законом бытия, не терпя никаких отклонений и требуя полного подчинения этим схемам от всех окружающих. Они точно знают, как надо. Если эти схемы являются результатом глубокого понимания реальности, то люди этого типа предстают перед обществом в виде новаторов и социальных реформаторов. Однако чем уже схема, тем больше вероятность, что представитель этого типа превратится просто в брюзгу. Для экстравертов мыслительного типа характерна неполноценность эмоциональной сферы. Они редко сочувствуют людям и не ценят дружбы, им чужды эстетические переживания, и поэтому они не интересуются искусством.

Экстравертированный эмоциональный тип характеризуется склонностью к эмоциональной оценке всего того, что его окружает и одновременно – к правильным эмоциям. Поскольку общей установкой экстравертов является направленность на объект, то и эмоции их обусловлены объектом. Они любят подходящего партнера, ходят в театр и испытывают те эмоции, которые надо испытывать в театре. Их чувства воспринимаются скорее как притворство, нежели как истинная эмоция.

Экстравертированный сенсорный тип определяет ценность объектов по силе ощущения: те объекты, которые производят наиболее сильные ощущения, оказываются и наиболее ценными. Люди этого типа ориентированы на поиск удовольствия и наслаждения. Они производят на окружающих впечатление эстетов, в более примитивном варианте – людей, предающихся простым радостям жизни (как то хороший обед, обустроенный быт). При сильном преобладании ощущений представители этого типа делают только то, что может дать им приятные ощущения.

Экстравертированный интуитивный тип стремится к открытию возможностей в окружающих его объектах. Постоянно с энтузиазмом берется за что-то новое, но как только объект его привязанности исчерпывает свои возможности к развитию, без сожаления забывает его и переключается на что-нибудь другое. Поскольку при этом его никогда не заботят нравственные аспекты, окружающие считают его человеком легкомысленным, даже авантюристом. Люди этого типа вносят неоценимый вклад в общественную жизнь, находя все новые объекты и заражая своим энтузиазмом окружающих.

Интровертированный мыслительный тип характеризуется тем, что его суждения определяются субъектной направленностью. Его мышление – это доведение неясного образа до понятной и четко сформулированной идеи. Поэтому он склонен игнорировать факты и создавать многочисленные теории. В отличие от экстравертированного мыслительного типа он стремится не к расширению знаний о мире, а к их углублению. Представители этого типа не стре-

мятся увлечь окружающих своими идеями, завоевать их поддержку. Они плохие учителя. Окружающими воспринимаются как люди неприятные, высокомерные и властные.

Интровертированный эмоциональный тип характеризуется внешним спокойствием, даже холодностью, хотя его эмоции просто незаметны для окружающих, даже достигая необычайной глубины.

Интровертированный сенсорный тип, в отличие экстравертированного сенсорного типа, ориентируется не на объекты, вызывающие интенсивные ощущения, а на интенсивность ощущений, вызванных объектами. Поэтому как только ощущение возникает, объект теряет ценность. На окружающих люди этого типа оказывают угнетающее воздействие.

Интровертированный интуитивный тип порождает фантастов и художников, а при отклонении от нормы – мистиков. При выраженном преобладании интуиции над другими процессами и сами представители этого типа, и продукты их творчества становятся непонятными для окружающих.

К. Г. Юнг видел различия между экстраверсией и интроверсией в том, что экстраверты устремлены во внешний мир, а интроверты ориентированы на себя. В современном представлении различие между ними заключается в ориентации на разные объекты: экстраверты направлены на людей, а интроверты – на вещи, на неодушевленные предметы.

И. П. Павлов и его сотрудники в ходе своих научных исследований по изучению условно-рефлекторных реакций собак обращали внимание на индивидуальные различия в их поведении, которые проявлялись в первую очередь в таких аспектах поведения, как скорость и правильность образования условных реакций (положительных и тормозных), их интенсивность, способность к адекватному реагированию на изменения раздражителей, общее поведение в условиях эксперимента. На основании этого И. П. Павлов выдвинул теорию о том, что различия в поведении подопытных собак не могут быть обусловлены только условиями экспериментальных ситуаций. В их основе лежат некоторые основополагающие свойства двух противоположных нервных процессов – возбуждения и торможения. К этим свойствам относятся силы возбуждения и торможения, их уравновешенность и подвижность.

И. П. Павлов различал два независимых свойства нервной системы – силу процесса возбуждения и силу процесса торможения.

Сила процесса возбуждения – наиболее важная характеристика нервной системы, отражающая работоспособность нервной клетки. Она проявляется в функциональной выносливости, т. е. в способности выдерживать сильное возбуждение, кратковременное или длительное, не переходя в состояние охранительного торможения. Мерой силы процесса возбуждения является способ реагирования на сильные, продолжительные или часто повторяющиеся раздражители.

Сила процесса возбуждения зависит от трех факторов:

- 1) от силы раздражителя, вызывающего данное возбуждение;
- 2) от актуального состояния коры мозга, т. е. от ее тонуса или уровня активации;
- 3) от свойств нервной системы, определяющих индивидуальные различия в интенсивности процесса возбуждения, вызванного раздражителем одинаковой силы и на фоне равного тонуса коры мозга.

Именно этот третий фактор, образующий отличительную особенность нервной системы и в то же время определяющий интенсивность возбуждения, является тем, что И. П. Павлов назвал силой процесса возбуждения, или силой нервной системы по отношению к возбуждению.

Между интенсивностью процесса возбуждения (как состояния активации) и силой возбуждения (как свойства нервной системы) существует обратная зависимость. При прочих равных условиях чем сильнее нервная система (чем больше ее выносливость при воздействии сильных или длительных раздражителей), тем слабее процесс возбуждения (как состояние коры мозга), и наоборот. Слабость (небольшая сила) нервной системы выступает как условие большой интенсивности процесса возбуждения, вызванного тем же раздражителем.

Сила процесса торможения играет второстепенную роль, понимается как функциональная работоспособность нервной системы при реализации торможения, причем речь идет об условном, выработанном в результате обучения торможении в отличие от безусловного торможения. Сила процесса торможения проявляется в способности к образованию различных тормозных условных реакций, таких как угасание, дифференцировка или запаздывание. Сила процесса торможения всегда проявляется там, где имеют место запреты, воздержание от определенных действий или отсрочка реакции. Чем адекватнее реакция в таких ситуациях, тем большей выносливостью относительно торможения обладает нервная система и, таким образом, тем сильнее процесс торможения.

Уравновешенность нервных процессов подразумевает под собой равновесие процессов возбуждения и торможения. Отношение силы обоих процессов решает, является ли данный индивид уравновешенным или неуравновешенным, когда сила одного процесса превосходит силу другого. Для определения уравновешенности нервных процессов И. П. Павлов сравнивал результаты исследований силы процесса возбуждения с результатами опытов по определению силы процесса торможения.

Позднее других было открыто третье свойство нервной системы – подвижность нервных процессов. Подвижность нервных процессов – это быстрота перехода одного нервного процесса в другой, быстрота реагирования на положительные или отрицательные раздражители. Внешне подвижность нервных процессов проявляется в способности человека приспосабливаться к меняющимся условиям жизни. Подвижность выражается в быстроте перехода от пассивного состояния к активному, от одного действия к другому.

Противоположностью подвижности является инертность нервных процессов. **Инертность нервной системы** характеризует время и усилия, затрачиваемые для перехода от одного нервного процесса к другому. Крайними степенями нарушения подвижности нервных процессов являются патологическая инертность и патологическая неустойчивость. Перечисленные свойства нервных процессов могут встречаться в разных комбинациях, формируя таким образом тип нервной системы или тип высшей нервной деятельности.

Он складывается из характерной для отдельных индивидов совокупности основных свойств нервной системы – силы, уравновешенности и подвижности процессов возбуждения и торможения.

Типы нервной системы по И. П. Павлову

И. П. Павлов выделил четыре основных типа нервной системы, близких к традиционной типологии Гиппократов.

Главным критерием в типологии является сила нервных процессов, которые разделяются на сильные и слабые. Сильные типы в дальнейшем делятся на уравновешенных и неуравновешенных, причем неуравновешенный тип характеризуется преобладанием возбуждения над торможением. Затем сильные уравновешенные типы делятся на подвижных и инертных. Выделенные И. П. Павловым типы нервной системы по своему числу и характеристикам соответствуют четырем *классическим типам темперамента*.

1. Сильный, уравновешенный, подвижный тип – сангвиник. Для нервных процессов сангвиника характерны большая сила, равновесие и незначительная подвижность. Сангвиник –

человек живой, активный, быстро приспосабливающийся к любым изменениям условий жизни и обладающий высокой сопротивляемостью трудностям жизни.

2. Сильный, уравновешенный, инертный тип – флегматик. Его нервная система характеризуется силой и равновесием нервных процессов, но отличается малой подвижностью. Флегматик по степени подвижности нервных процессов является противоположностью сангвинику и реагирует на происходящие события медленно и спокойно, не склонен к бурному проявлению эмоций, к быстрым переменам места и окружения. Обладает хорошей сопротивляемостью длительным неблагоприятным воздействиям.

3. Сильный неуравновешенный тип с преобладанием возбуждения – холерик. Для этого типа нервной системы характерна большая сила нервных процессов и преобладание возбуждения над торможением. Холерикам свойственны большая жизненная энергия, но вместе с тем излишняя эмоциональность, вспыльчивость, недостаток самообладания.

4. Слабый тип – меланхолик. Для меланхоликов характерны слабость нервных процессов, низкая сопротивляемость положительным и отрицательным раздражителям. Меланхолики заторможены, неэмоциональны, пассивны. Воздействие чрезвычайно сильных раздражителей может повлечь за собой развитие различных нарушений поведения.

И. П. Павлов понимал тип нервной системы как врожденный, относительно слабо подверженный изменениям под воздействием окружения и воспитания. По мнению Павлова, свойства нервной системы образуют физиологическую основу темперамента, который является психическим проявлением общего типа нервной системы. Между типом нервной системы и темпераментом можно поставить знак равенства.

Типы телосложения по Э. Кречмеру

Э. Кречмер создал теорию, согласно которой гормоны различных желез через кровь влияют на конституцию, физиологические системы, психические свойства. Он выделил три типа телосложения.

Пикнический тип – коренастая фигура, плечи умеренной ширины, с возрастом отложение жира на животе. На лице богатая растительность, кожа свежая, розового цвета. Этому типу конституции соответствует циклотимический темперамент: открытые непосредственные люди, простые, естественные, добродушные. В межличностных отношениях покладисты, снисходительны. Энергичны, деловиты, активны, страстны. Циклотимики делятся на: гиперактивные, страстные и более уравновешенные, спокойные.

Астенический тип – фигура длинная, плечи и грудная клетка узкие, мускулатура слабо развита. Тонкая бледная кожа, густые волосы. Этому типу телосложения соответствует шизотимический темперамент: впечатлительные, ранимые люди, склонные уходить в себя, долго переживать события. Полны внутренних противоречий, отношения с близкими людьми сложные, неровные. Шизотимики умеренны и избирательны в общении, переживают все проблемы внутри. Часто среди них встречаются тонкие благородные натуры. Основные варианты: тонкие, ранимые натуры; серьезные замкнутые люди, придающие большое внимание мелочам, чувствительные к себе и черствые к людям.

Атлетический тип – высокая фигура, широкие плечи и грудная клетка, развитая мускулатура, длинные конечности, крупные кисти рук и ног. Крупные черты лица, густые волосы, плотная кожа. Такому телосложению характерен эпилептоидный темперамент: активность, энергичность, склонность к действию в критические минуты. Такие люди склонны к соперничеству, азарту, выполнению физических и спортивных нагрузок, решению жизненных задач. Не углубляются в свои переживания.

К свойствам темперамента относятся индивидуальные особенности, которые:

1) характеризуют особенности динамики отдельных психических процессов;

- 2) имеют устойчивый и постоянный характер и сохраняются в развитии на протяжении длительного отрезка времени;
- 3) находятся в строго закономерном соотношении, характеризующем тип темперамента.

Характер

Термин «характер» трактуется неоднозначно; различие понятий «характер» и «темперамент», «характер» и «личность» до сих пор вызывает споры.

Характер в узком смысле слова определяется как совокупность устойчивых свойств индивида, в которых выражаются способы его поведения и способы эмоционального реагирования.

Определение зависимости между характером и темпераментом – давняя проблема в психологии. В настоящее время большинство ученых считают, что темперамент является лишь природной основой характера. Многими исследованиями было показано, что если в раннем детстве у человека дает себя знать значительная зависимость характера от темперамента, то позже, с развитием личности, взаимосвязь между ними меняется: характер приобретает все большее значение, преобразуя темперамент, который выступает теперь главным образом лишь как эмоционально-динамическая форма существования и выражения характерологических отношений человека и дает о себе знать прежде всего в определенной эмоциональной направленности свойств характера, особенностях выразительных движений и действий, скорости различных личностных проявлений, протекания психических процессов.

Поскольку формирование особенностей темперамента есть процесс, в огромной степени зависящий от развития волевых черт личности, первостепенное значение для воспитания темперамента имеет формирование морально-волевых сторон характера. Овладение своим поведением и будет означать формирование положительных качеств темперамента.

Тем не менее необходимо строго отличать темперамент от характера. Темперамент не характеризует содержательную сторону личности (мировоззрение, взгляды, убеждения, интересы), не определяет ценность личности или предел возможных для данного человека достижений. Он имеет отношение лишь к динамической стороне деятельности. Характер же неразрывно связан с содержательной стороной личности.

Включаясь в развитие характера, свойства темперамента претерпевают изменения, в силу чего одни и те же исходные свойства могут привести к различным свойствам характера в зависимости от условий жизни и деятельности. Так, при соответствующем воспитании у человека с нервной системой слабого типа может образоваться сильный характер, и, наоборот, черты слабохарактерности могут развиваться при тепличном, изнеживающем воспитании у человека с сильной нервной системой. Во всех своих проявлениях темперамент опосредствован и обусловлен всеми реальными условиями и конкретным содержанием жизни человека. Например, отсутствие выдержки и самообладания в поведении человека не обязательно говорит о холерическом темпераменте. Оно может быть следствием недостатков воспитания. Непосредственно темперамент проявляется в том, что у одного человека легче, у другого труднее вырабатываются необходимые реакции поведения, что для одного человека нужны одни приемы выработки тех или иных психических качеств, для другого – другие.

Характер является психологической составляющей индивидуальности в отличие от темперамента – биологической составляющей. Между параметрами темперамента и чертами характера нет прямой связи, т. е. для различных типов темперамента нет свойственных только им черт характера. Основное значение в формировании черт характера имеют формы и методы воспитания.

Длительное время психологами обсуждается проблема биологических основ характера. Существуют две основные точки зрения, отличные друг от друга, и каждая теория имеет своих приверженцев. Согласно одной из теорий характер имеет биологическую, или физиологиче-

скую, основу. Вторая группа ученых считают характер основанным на генетических особенностях. Однако эти две теории не стоит считать диаметрально противоположными, поскольку все генотипическое является одновременно и биологическим, хотя не все биологическое имеет связь с генетическим фактором.

За генотипическую основу характеров свидетельствуют: сходство характеров среди родственников в ряду поколений; связь характера, особенно его патологических форм, с конституцией; раннее проявление патологических черт характера и их постоянство на протяжении всей жизни; результаты исследований нормальных характеров на близнецах. Ряд научных исследований, посвященных этой тематике, позволяет сделать вывод о том, что в одних случаях в формировании играет роль генетический фактор, а в других – условия внешней среды. Учеными описаны истинные, или ядерные, психопатии, в развитии которых основное значение имеет неблагоприятная наследственность. В этом случае сходные патологические черты характера можно обнаружить у родителей и близких родственников. Отмечается также раннее проявление аномалий характера и постоянство их на протяжении всей жизни. Выявлено, что психопатии могут развиваться даже при благоприятных условиях воспитания. Кроме того, к возникновению психопатий могут привести неблагоприятные социальные условия или факторы среды при совершенно нормальном генетическом фоне. В некоторых случаях при попадании в неблагоприятные условия воспитания ребенка с генетической предрасположенностью к психопатиям определенные черты характера заостряются. Делая выводы по теории биологических основ характера, отметим, что причины развития тех или иных черт характера необходимо искать как в генотипических особенностях, так и в факторах внешней среды, участие которых выражено в различной степени. Иногда неблагоприятные внешние и генетические факторы могут суммироваться, что приведет к развитию выраженных отклонений вплоть до патологических форм. При благоприятном сочетании факторов даже значительная генетическая предрасположенность может не проявить себя или не привести к развитию патологических форм.

Наиболее важным в психологии является вопрос о параметрах гармоничных черт характера.

Гармоничные черты характера – это комплекс индивидуально-психологических стереотипов поведения, способствующих гармонизации обыденных межличностных взаимоотношений и избеганию межличностных и внутриличностных конфликтов (В. Д. Менделевич). Гармоничный характер представляет собой комплекс двух групп психологических параметров – адаптивности и самоактуализации.

Адаптивность является основным параметром гармоничного характера, обуславливающим успешность приспособления индивида к различным ситуациям и их изменению, к эмоциональному принятию окружения. Адаптивность характеризует значимость удовлетворения человеком социальных потребностей. Адаптивность необходима для достижения внутренней и внешней гармонии. Сам параметр адаптивности имеет три основных свойства:

- 1) реализм в восприятии окружающей действительности (перцептивный компонент);
- 2) желание человека адаптироваться к окружающей обстановке (мотивационный компонент);
- 3) способность адекватно воспринимать действительность (регулятивный компонент).

Самоактуализация – второй критерий гармоничного характера, имеющий те же составляющие, что и адаптивность. Частично они соответствуют характеристикам, данным для параметра адаптации, частично дополняются.

Для уровня адаптивности характерно принятие окружающих, для самоактуализации – принятие себя.

Принятие себя включает реалистичную оценку своих качеств, способностей и возможностей, жизнь в согласии с самим собой, борьба с психологическими комплексами или примирение с ними.

Принятие себя начинается с формирования реальной самооценки и самоуважения, для чего важна гибкость. Параллельно формируется реальность и гибкость уровня притязаний. Уровень притязаний – это совокупность ожиданий, целей и притязаний относительно своих будущих достижений, которая происходит из двух противоположных тенденций (Б. С. Братусь): тенденции поддержания своей самооценки на максимально высоком уровне и тенденции снизить свои притязания и избежать неудачи, которая может снизить самооценку. Самоуважение при гармоничном характере подчинено тем же закономерностям, что и самооценка и уровень притязаний.

Другие важные качества самоактуализации – спонтанность, простота, автономность и проблемная центрация (А. Маслоу). Их суть заключена в видении себя в реальном свете, без преувеличения своих положительных качеств.

Перечисленные качества составляют такой параметр гармоничного характера, как зрелость, включающую умение различать реальные и идеальные цели.

По наличию этих качеств характеры делят на гармоничные и дисгармоничные. Гармоничному характеру свойственны зрелость, адаптивность, гибкость, здравомыслие, реализм самооценки и оценки окружающих, автономность, простота, естественность, проблемная центрация, самоуважение, рациональное сочетание эгоистических и альтруистических целей. Дисгармоничный характер отличают инфантилизм, дезадаптивность, ригидность, нездравомыслие, нереальность самооценки и оценки окружающих, зависимость, несамостоятельность, неестественность, центрация на несущественных ситуациях, самоуничижение или самовосхваление, эгоцентризм.

Акцентуации характера – это крайние варианты нормальных характеров, в определенных условиях затрудняющие контакт с окружающими.

По статистике больше половины подростков, обучающихся в обычных средних школах, имеют акцентуированные характеры. Необходимо различать акцентуации и психопатии, т. е. норму и патологию. Первым признаком акцентуированного характера является тот факт, что на протяжении всей жизни он не имеет одинаковой интенсивности проявлений. Обычно акцентуации характера наиболее ярко проявляются в подростковом периоде, а с возрастом затухают. Второй – то, что, акцентуированные черты характера проявляются только в особой обстановке, а не постоянно. Кроме того, социальная дезадаптация при акцентуации характера может никогда не наступить либо быть кратковременной и обратимой. Причиной такой дезадаптации являются не любые трудные условия, с которыми сталкивается человек в своей жизни, а только те, которые требуют мобилизации слабовыраженного у данного человека качества характера.

Причинами акцентуаций характеров могут быть экзогенные и эндогенные (наследственные) факторы. Среди экзогенных факторов имеют значение пренатальные, натальные и ранние постнатальные вредности (инфекции, интоксикации, травмы), а также неблагоприятное влияние окружающих – безнадзорность, чрезмерная опека, напряженная обстановка в семье.

В основе развития акцентуаций характера лежит срыв социальной адаптации, связанный с блоком именно той формы поведения, в сторону которой и направлена данная акцентуация. Нарушения социальной адаптации, в том числе сексуальной, отличаются от психопатий тем, что акцентуированные черты не мешают удовлетворительной социосексуальной адаптации. Клиники акцентуаций характеризуется парциальностью расстройств поведения, избирательностью и тесной связью с внешними условиями.

Типы акцентуации характера

А. Е. Личко выделяет следующие типы акцентуаций:

- 1) гипертимный;
- 2) циклоидный;
- 3) лабильный;
- 4) астеноневротический;
- 5) сенситивный;
- 6) психастенический;
- 7) шизоидный;
- 8) эпилептоидный;
- 9) истероидный;
- 10) неустойчивый;
- 11) конформный.

Различные типы могут сочетаться или смешиваться в одном человеке, хотя сочетания эти разные. Сексуальное поведение определенным образом зависит от акцентуации характера.

Астенический тип характера характеризуется повышенной утомляемостью в сочетании с раздражительностью, ипохондричностью. У людей с такой акцентуацией с детства отмечаются признаки невропатии: тревожный сон, капризность, плаксивость, ночные страхи, снижение аппетита, заикание. С возрастом признаки невропатии могут становиться менее заметными, однако склонность к ипохондрии сохраняется в течение всей жизни. Таким людям свойственно уклонение от любой ответственности, беспрекословное подчинение другим. Они не имеют своего мнения, подстраиваются под мнение других, несамостоятельны и боятся одиночества. Астеники пассивны, безынициативны, довольствуются тем, что есть, и не стремятся изменить свою жизнь к лучшему. Этим чертам сопутствует повышенная сентиментальность, жалостливость. В сексуальном плане астеникам свойственны переживания по поводу чаще мнимого сексуального расстройства.

Сенситивный и психастенический типы характера имеют сходные признаки. Для таких акцентуаций характерна нерешительность, склонность к пустым рассуждениям, бесконечным сомнениям, тяга к самоанализу. У таких людей легко возникают навязчивые страхи, идеи, действия. Под влиянием неудач, в том числе сексуальных, они замыкаются в себе. Психастеники застенчивы, робки, нерешительны, легкоранимы. Необщительны из боязни выглядеть смешным, неинтересным собеседником. Для них свойственен **перфекционизм** – стремление к совершенству в любом деле, излишнее внимание к деталям. Они часто не доводят до конца важные дела из-за стремления что-то дорабатывать, совершенствовать. Для психастеников характерны повышенное чувство долга, ответственности, предъявление высоких моральных требований к себе и окружающим, ипохондричность. Они находят у себя множество недостатков, в том числе в сексуальной сфере. Часто испытывают угрызения совести из-за мастурбации, на которую сваливают собственную застенчивость, слабование, а также ипохондрические соматические жалобы. При появлении первой любви робость и застенчивость усиливаются. Психастеники либо ждут инициативы от объекта любви, либо предпринимают неожиданные действия, отталкивающие любимого ими человека.

Шизоидный тип характеризуется замкнутостью, необщительностью, отгороженностью от окружающего мира, погруженностью в свой внутренний мир, неспособностью или нежеланием общаться, что связано с неумением сопереживать. Шизоиды не тяготеют своей нелюдимостью, объясняя свое поведение отсутствием интересных собеседников и тем для разговора. У такого человека часто нарушается сам процесс общения, который приобретает формальный характер, что проявляется в возникновении штампованных способов реагирования на ситуации, неумении начать и закончить разговор. Для лиц с шизоидной акцентуацией труднее всего вступить в эмоциональные контакты с людьми. Поэтому они дезадаптируются там, где нужно

неформально общаться. Значит, им не следует поручать, например, роль организатора нового дела: ведь это потребует от него установления многих связей с людьми, учета их настроений и отношений, тонкой ориентировки в социальной обстановке, гибкости поведения и т. п. Представители этого типа не переносят, когда им лезут в душу, они особенно нуждаются в бережном отношении к их внутреннему миру.

Шизоиды неспособны переживать яркие эмоции, положительные или отрицательные, им свойственна эмоциональная холодность, особенно в общении с близкими людьми, а также эцентричность внешности, поведения и высказываний, связанная со снижением значимости оценки со стороны окружающих. Те же особенности проявляются и в сексуальной сфере. Для шизоидов характерно безразличие к проблемам пола в сочетании с грубой, часто извращенной сексуальностью. Внешне они асексуальны, но склонны к упорной мастурбации и богатым эротическим фантазиям. Подростки с шизоидной акцентуацией характера неспособны на ухаживание и проявление чувств, нежность и теплоту в отношениях, неожиданно обнаруживают грубую сексуальность (как то мастурбация под чужими окнами, многочасовое ожидание возможности увидеть обнаженные половые органы и т. п.). Они утаивают свои сексуальные переживания и не раскрывают мотивов своих сексуальных действий.

Эпилептоидный тип сходен с шизоидным по инертности психических процессов. Клинически проявляется эмоциональной ригидностью, длительным застреванием на каких-либо эмоциях, вязкостью, тугоподвижностью мышления. Эпилептоиды аккуратны, педантичны, бережливы, организованны, склонны следовать четким правилам и нормам, претендуют на лидерство, злопамятны. Склонны к дисфориям – длительно сохраняющемуся злобно-тоскливому настроению.

Для эпилептоидов характерно сильное половое влечение, но наряду с этим повышенная забота о своем здоровье, страх заразиться венерическим заболеванием отодвигают начало половой жизни и ограничивают случайные половые связи. Любовь таких людей сопровождается ревностью. Они не прощают измен, как действительных, так и мнимых. Часто имеют садистские или мазохистские наклонности, склонны к половым извращениям.

Истерический тип связан с повышенной эмоциональностью и впечатлительностью. Истероиды обладают эгоцентричностью, стремлением постоянно быть в центре внимания, любыми способами избежать незамеченности. Это проявляется использованием яркой одежды, макияжа, необычной прически или цвета волос, демонстрацией престижных личных вещей. Поведение таких людей носит неестественный оттенок, их эмоции чересчур выражены и выставлены напоказ. Для истероидного акцентуанта труднее всего переносить невнимание к его особе. Он стремится к похвалам, славе, лидерству, но скоро теряет в результате деловой незрелости позиции и тогда очень страдает. Поведение и настроение истероидов изменчивы, непостоянны. Они стремятся своим поведением вызвать шок или удивление окружающих. Повышенно внушаемы, подвержены мистическому осмыслению действительности, придают значение гороскопам, гаданиям, интуиции. Истероиды часто предъявляют повышенные требования к окружающим, склонны к иронии и критике чужих поступков, тогда как своих промахов не замечают. Они озабочены своим внешним видом, подчеркивают свою сексуальность, часто говорят на сексуальные темы.

Теория сексуального характера

Э. Фромм создал теорию социального характера, который охватывает только ту совокупность черт характера, которая имеется у большинства членов данной социальной группы и возникает в результате общих для них переживаний и общего образа жизни. Эта типология имеет выраженную морально-этическую направленность.

Э. Фромм выделяет два типа характера, которые описывает как неплодотворные и плодотворные ориентации социальных характеров. Плодотворность – это глубокая поведенческая установка на реализацию своих сил, творческих возможностей, которая предполагает внутреннюю свободу, независимость, ответственность за свои поступки, решения. Неплодотворная ориентация основывается на зависимости от других людей и склонности жить за их счет.

Неплодотворные ориентации характеров

Берущая (рецептивная) ориентация характеризуется настроением на восприятие идей, а не на их создание, постоянный поиск помощи, поддержки, хороших условий за счет других людей. При благоприятных условиях на почве рецептивной ориентации формируются скромность, почтительность, вежливость.

Овладевающая (эксплуататорская) ориентация характеризуется готовностью отнимать жизненные блага силой или хитростью. Каждый человек рассматривается такими людьми как объект эксплуатации с точки зрения его полезности. Такие люди циничны, подозрительны, завистливы и ревнивы. При благоприятном нравственном развитии личности развиваются такие положительные черты, как активность, инициативность, требовательность.

Сберегающая (стяжательская) ориентация основана на бережливости и скупости. Главное стремление – как можно больше получать и как можно меньше отдавать. Скупость распространяется также на чувства и мысли. Возможно развитие таких положительных черт, как практичность, осторожность, устойчивость к стрессу.

Плодотворные ориентации характеров

Фундаментальная установка – создавать, заботиться, брать на себя ответственность. Характерны плодотворное мышление и плодотворная деятельность.

Читая описания различных акцентуаций характера, почти каждый человек находит у себя их черты. Закономерно появляется вопрос, а есть ли вообще нормальный характер и как он проявляется. Под термином «нормальный характер» подразумевается характер без отклонений, и он, безусловно, существует. В человеке, обладающем нормальным характером, сочетается ряд качеств, свойственных и акцентуированному характеру, но в своих средних значениях. Применение математических методов делает очевидным, что нормальный характер – достаточно редкое явление.

Другие свойства личности, влияющие на сексуальность

Считается, что проявления сексуальности являются вектором процессов научения и всего комплекса биофизиологических процессов, происходящих в организме. Следовательно, не только формы сексуального поведения, но и мотивация и само сексуальное влечение зависят от биологических, психосоциальных и культурных факторов. Кроме различных способов научения (идентификации, подражания и т. д.), на формирование различных реакций и форм сексуального поведения влияет вся личность человека, особенно степень его развития и зрелости. Большое значение для оценки зрелости личности имеет также процесс усвоения взглядов, нравственных норм и правил поведения в ходе развития личности путем подражания окружающим. При этом принятые в обществе взгляды и особенности поведения со временем начинают восприниматься личностью как свои собственные. В процессе формирования личности играют определенную роль и субъективные факторы. При правильном социальном развитии человека значение личностных факторов постоянно растет.

Степень зрелости или незрелости личности является одним из основных элементов, формирующим и модифицирующим все проявления сексуальности. Нарушения ряда свойств личности, характеризующих ее как незрелую, включает:

1) регуляцию поведения индивида на основе системы внешнего контроля, а не самоконтроля. Неспособность человека самостоятельно контролировать свое поведение говорит о низком уровне усвоения социальных норм;

2) слабовыраженную способность к переживанию чувства вины при сохраненной тенденции к переживанию чувства стыда, несправедливости;

3) недостаточность моральных качеств, проявляющуюся отсутствием автономной и интегрированной иерархии ценностей, а также зависимость решений и выбора от признаваемых авторитетов;

4) трудность создания положительных и устойчивых эмоциональных связей с людьми;

5) сильную потребность в межличностных отношениях;

6) невозможность создать объективную и стабильную картину окружающего мира и собственной личности.

Неспособность к объективной самооценке приводит к отсутствию стабильности поведения и к несогласованности с действительностью представления о самом себе, вследствие чего нарушается один из важнейших механизмов личности (интегрирующий и регулирующий). Кроме того, преобладание эгоцентрического типа регуляции личности выражается в слишком большом расхождении между я идеальным и я реальным, в неустойчивости настроения и концентрации всех чувств на собственной личности. Эти перечисленные выше черты незрелой личности могут быть выражены у каждого человека в различной степени и оказывают влияние на его сексуальную активность в целом.

На сексуальное поведение человека также влияют стрессы, которым он подвергается. Стресс вызывает:

1) нарушение и дезорганизацию деятельности;

2) крайне эмоциональное, неконтролируемое поведение, в связи с чем появляются признаки нарушения ориентации в окружающем, затруднение концентрации внимания, нарушение связности мышления;

3) снижение контроля над собственными реакциями и поведением;

4) утрату логичности в поступках;

5) попытки овладеть ситуацией и справиться с задачами на основе примитивного метода проб и ошибок; дезинтеграция активности, несмотря на значительные усилия организма, не приводит к желаемым результатам.

Формы сексуального поведения являются не изолированной функцией половых органов, а следствием деятельности личности. Они глубоко и тесно связаны с особенностями характера, познавательными способностями, волевыми решениями и всем комплексом партнерских факторов. Без этих связей сексуальная активность была бы лишена глубины индивидуальных переживаний, превращающих ее в более широкое явление, чем только актуальное чувство релаксации и наслаждения.

Г. Айзенк предложил типологию личности, в которой различия между отдельными типами основаны на взаимосвязанных особенностях.

Лица, относящиеся к типу «Э» (от «экстраверсия»), характеризуются общительностью, импульсивностью, активностью, беззаботностью, радостным настроением и уравновешенностью в жизни. У них всегда много друзей противоположного пола, они рано начинают половую жизнь, легко, без внутренних конфликтов находят оправдание двойной морали, охотно принимают участие в групповых сексуальных развлечениях.

Лица, относящиеся к типу «Н» (от «невротизм»), характеризуются яркой, но лабильной эмоциональностью, легко поддаются настроению, страдают бессонницей, нервны, раздражительны и испытывают чувство собственной неполноценности. У них всегда много сексуальных

проблем, они их пугают, им трудно устанавливать контакты с лицами противоположенного пола, часто у них проявляются сексуальные дисфункции (отсутствие оргазма у женщин, эрекций у мужчин).

Лица, относящиеся к типу «П» (от «психотизм»), часто изолированы в обществе, конфликтны, бесчувственны по отношению к окружающим людям и животным. Они не демонстрируют свою сексуальность и не терпят ее проявлений у других, не приемлют супружескую жизнь и сексуальные переживания, враждебно настроены по отношению к общепринятым нравственным нормам, правилам поведения.

Лица, относящиеся к типу «Л» (лжецы), пытаются представить себя лучше, чем они есть на самом деле. В обществе они всегда хорошо адаптируются, терпимы только к тем формам сексуального поведения, которые приняты в обществе.

В чистом виде вышеуказанные типы встречаются редко. У всех типов связь между установкой в отношении сексуальности и личностью одинакова у обоих полов. Кроме того, существует определенная зависимость между уровнем андрогенов и сексуальным поведением, характерным для личностного типа «П».

Процесс обучения является основным элементом, формирующим чувство половой принадлежности, половую роль, сексуальные предпочтения и формы поведения, а также выраженность сексуальной мотивации.

В соответствии с экологической моделью сексуальности не только сексуальная заинтересованность и формы сексуального поведения основаны на процессах обучения, но и выраженность сексуальной мотивации. При этом речь идет о регуляции интенсивности сексуального влечения, а не только о внешних влияниях, направленных на торможение проявлений сексуальной активности, определяющейся процессом социализации, т. е. подверженностью социальной регуляции и контролю. Согласно О. Шмидту социальная регуляция интенсивности сексуального влечения может осуществляться по таким направлениям, как:

- 1) лишение возможности обучения;
- 2) увеличение возможностей обучения;
- 3) снижение влечения с одновременным требованием высокосексуальной активности.

Таким образом, социальная регуляция интенсивности сексуального влечения представляет собой тройную модель контроля сексуальности обществом.

Первая модель основана на лишении возможности обучения. Следствием подобного процесса социализации явилось бы развитие в обществе лиц с низким уровнем полового влечения, проявляющих низкую сексуальную активность и минимальные сексуальные фрустрации.

Вторая модель основана на увеличении возможностей обучения, т. е. такое общество всем своим членам начиная с раннего возраста постоянно представляет различные возможности обучения, благодаря чему происходит максимальное развитие сексуального влечения. Это проявилось бы в восприятии, позитивной оценке и рекомендации различных форм сексуального поведения во всех возрастных группах.

В соответствии с третьей моделью социальной регуляции сексуальности можно представить общество, которое лишает своих членов возможности обучения и обуславливает тем самым низкий уровень сексуального влечения, но одновременно требует высокой сексуальной активности, пропагандируя ее как символ высокого положения и гарантию счастья. В таком обществе люди стали бы тренировать сексуальность, выходя за рамки испытываемого сексуального влечения, технически совершенствоваться без соответствующей эмоциональной реакции. В похожей ситуации находится часть старшего поколения современного общества, представителей которого в детстве воспитывали в духе безусловного ограничения сексуального влечения

и которые в настоящее время стали свидетелями сексуальной пропаганды, не согласующейся с их слабо развитым сексуальным влечением.

ГЛАВА 2 СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У МУЖЧИН

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

В настоящее время известны многие медицинские состояния, имеющие многофакторную природу. К их числу относится и эректильная недостаточность.

Заболевания головного мозга

При органических заболеваниях головного мозга половые расстройства могут возникнуть вследствие нарушения на месте поражения проводимости нервных путей, передающих импульсы от половых органов в мозг и обратно. Причиной нарушения половой функции бывают и патологические изменения в участках коры головного мозга, принимающих участие в образовании сексуальных связей. Нарушения половой функции могут быть результатом изменений в интеллектуальной и эмоциональной сфере, которые нередко возникают у больных, страдающих хроническими заболеваниями головного мозга. Так, например, торможение сексуальных надстроек может наблюдаться в результате депрессивного состояния и апатии у больных при склерозе, опухолях или других хронических органических поражениях головного мозга. При других органических заболеваниях головного мозга и психопатических состояниях возможно патологическое повышение половой возбудимости, связанное с ослаблением деятельности или торможением коры головного мозга, в результате чего частично или полностью теряется контроль за сексуальными желаниями и возбуждениями. Это проявляется в том, что минимальные раздражители способны вызвать возбуждение, достаточное для вступления в половой контакт. В подавляющем большинстве случаев половые расстройства являются результатом не органических поражений головного мозга, а функционального нарушения раздражительного и тормозного процессов, ненормальных изменений сексуальных связей. Большую роль в возникновении половых расстройств играет неврастения, в основе которой лежит динамическое нарушение тормозного и раздражительного процессов. Неврастениями заболевают лица со слабой или неуравновешенной нервной системой и равновесным состоянием сигнальных систем либо с небольшим преобладанием одной из них. Внутри самой неврастения различаются два варианта болезни:

1) гиперстеническая форма (при преобладании слабости активного торможения; такие неврастеники очень активны и иногда даже агрессивны);

2) гипостеническая форма (при слабости торможения и возбуждения; такие неврастеники подавлены, угнетены, боятся вступления в сексуальную связь и ограждают себя от нее).

На практика существуют частые переходы одной формы в другую. Очень часто неврастения начинается в виде гиперстенического-го варианта и при дальнейшем развитии заболевания переходит в гипостеническую. При гиперстенической форме неврастения наиболее часто встречаются явления повышенной общей раздражительности, вспыльчивости, нетерпеливости, отвлекаемости, таким людям трудно засыпать. Со стороны половой сферы отмечается повышенная возбудимость. Это выражается высоким половым влечением, частыми спонтанными эрекциями, возникающими под влиянием слабых механических или визуальных раздражителей, исходящих от рецепторов половых органов и органов чувств. Явлениями раздражительной слабости можно объяснить преждевременные эякуляции, которые в тяжелых случаях наступают по типу *ante portas*. Если неврастении сопутствует сексуальная навязчивость, сопровождаемая эротическими сновидениями, то часто наблюдаются патологические поллюции. Они характеризуются повышенной истощаемостью нервных клеток соответствующей

щей системы. Этим обстоятельством объясняются жалобы на быструю утомляемость, неспособность к длительному ожиданию, умственному и физическому напряжению. Повышенной истощаемостью клеток полового центра можно объяснить жалобы больных на кратковременные и нестойкие эрекции.

Картина гипостенической формы неврастения, как и сопутствующие ей половые расстройства, значительно отличается от рассмотренной выше при гиперстенической форме. При неврологическом обследовании на первый план выступают снижение веса, вялость, заторможенность, замедление реакций, бледность эмоциональных переживаний. У больных не наблюдается бурных переживаний на отрицательные психогенные воздействия. Их реакция чаще всего пассивно-оборонительная, в виде плаксивости, снижения подвижности. Настроение у них подавленное, работоспособность понижена, сон нарушен (сонливость днем, бессонница ночью). Для гипостенической формы неврастения особенно характерна импотенция с торможением эрекционной функции, реже – эякуляционной и полового влечения. Попытки к совершению полового акта с женщинами заканчиваются неудачей. Если при попытке к половому сношению эрекционный рефлекс тормозится, то более слабые раздражители, связанные с той же женщиной, вызывают достаточно сильные эмоции. Другие больные, хотя и могут периодически совершать половые акты с женой, терпят всякий раз неудачу при попытке к половому акту с посторонней женщиной. Надо полагать, что комплекс новых сильных эмоциональных переживаний, являясь чрезмерным раздражителем, вызывает у них парадоксальное торможение эрекционной функции.

Из психогенных факторов, вызывающих нарушения половой функции, следует указать на различного рода страхи (боязнь неудачи, страх перед заражением венерической болезнью и др.), возникающие при попытке к половому сношению, в особенности у лиц мнительных, склонных к самовнушению и тревожным настроениям. Страх оказывает тормозящее влияние на половую функцию. Обычно тормозится эрекционная или эякуляционная функции. Страх может оказывать и возбуждающее влияние на сексуальные центры и вызывать более быстрое протекание полового акта. Поэтому у ряда лиц чрезмерная умственная деятельность и сильные эмоции могут вызвать торможение сексуальных связей и понижение половой возбудимости, сопровождающиеся падением полового влечения и ослаблением потенции.

В медицинском словаре Копленд, изданном в 1858 г. под заголовком «Нравственная или психическая импотенция», в качестве ее причин перечислены:

- 1) боязнь оказаться неспособным к совершению коитуса;
- 2) опасение, что его не любит партнерша;
- 3) робость;
- 4) чувство стыда;
- 5) отвращение;
- 6) ненависть;
- 7) ревность;
- 8) нерешительность;
- 9) озабоченность и страх.

Боязнь коитуса отмечалась и в более позднее время. К. Купер в 1969 г. в качестве фактора, имевшего значение в развитии половых расстройств у ряда больных, назвал именно этот страх. Этот синдром включает в себя:

- 1) страх неудачи при выполнении коитуса;
- 2) страх показаться сексуально неполноценным в глазах партнерши и боязнь насмешки.

Враждебность и чувство обиды также связывали с возникновением нарушений эрекции.

Более 50 лет тому назад Л. Стелкер (1927) постулировал, что наличие ненависти играет существенную роль в каждом любовном чувстве. При поисках причин возникновения нарушений эрекции в рассмотрение вовлекались самые различные личностные факторы. Чувства

собственной неполноценности и чрезмерной чувствительности к критике в свой адрес предполагались в качестве таких причин. Мужчины с психогенными нарушениями эрекции чрезмерно застенчивы, послушны, замкнуты и чрезмерно чувствительны к критике, особенно в отношении своего телосложения. Наиболее распространенным типом личности мужчин с психогенными нарушениями эрекции является тип с истерическими отклонениями личности, часто проявляющий себя незрелым, требующим внимания к себе, поведением которого легко управлять. Существование угнетающих половую функцию факторов, вызванных религиозными запретами, было отмечено А. Ч. Кинзи. Он также предположил, что незнание нормальной биологической вариативности сексуального поведения было связано с ослаблением потенции в тех случаях, когда у мужчин, являющихся жертвами такого незнания, возникало ощущение, что они действуют с отклонениями от общепринятого сексуального стереотипа. Другие исследователи высказывали предположение, что та дезинформация, которую вдалбливали ребенку, чтобы отучить его от мастурбации, могла вызвать впоследствии угнетение половой функции. Тяжелая депрессия, особенно внутреннего уровня, часто сопровождается развитием нарушения эрекции. В широко применяемой оценочной шкале депрессии А. Гамильтона потеря полового влечения является симптомом, вносящим свой вклад в суммарную оценку выраженности депрессии.

Вопрос о сохранности потенции в пожилом возрасте является спорным. А. Кинзи в 1948 г. документально подтвердил существование устойчивого процента мужчин, у которых потенция сохраняется до глубокой старости, и сделал вывод, что в падении полового интереса у многих стареющих мужчин ведущую роль играют психосоциальные факторы. Он подразумевал, что мужчины пресыщаются своими постоянными сексуальными партнершами в течение нескольких десятилетий. В поддержку этой точки зрения говорит тот факт, что пожилые мужчины, у которых отмечалось нарушение половой функции при половой жизни с их женами, были в состоянии совершать полноценный половой акт с новыми, молодыми партнершами. Но К. Купер в 1967 г. установил, что такие улучшения половой функции у этих мужчин были довольно кратковременными, и их способность к половой жизни истощалась и потенция возвращалась к прежнему уровню через небольшое число месяцев половой жизни с новой партнершей.

Другой разновидностью нарушения эрекции является прекращение ее после успешного возбуждения, но до достижения оргазма и эякуляции. В этом случае считают, что нарушение половой функции возникает вследствие появления чувства вины, страха обнаружения недозволенных любовных связей или боязни, что партнерша забеременеет. Другой часто встречающейся причиной таких нарушений является то, что мужчина не чувствует никакой ответной реакции со стороны партнерши. Случайное замечание партнерши о каких-либо домашних проблемах во время коитуса часто может привести к исчезновению эрекции, так как мужчина начинает понимать, что мысли его партнерши находятся где-то в другом месте.

У. Мастерс и В. Джонсон в работе в 1970 г. утверждали, что из описанных ими 213 случаев менее чем 10 % нарушений эрекции имели в своей основе физиологические изменения. Они описали несколько психологических факторов, обуславливающих развитие психогенной импотенции, такие как:

- 1) вторичное нарушение эрекции вследствие преждевременной эякуляции;
- 2) вторичное нарушение эрекции в результате острого алкогольного опьянения;
- 3) доминирование материнского образа, ведущее к ошибочному отождествлению мужчиной своей партнерши с матерью;
- 4) доминирование отцовского образа, ведущее к неправильному восприятию женщины и к появлению чувства неполноценности;
- 5) религиозное учение о греховности половой жизни;

б) гомосексуальная ориентация.

Мужчины, страдающие от первичных нарушений эрекции, часто происходят из таких семей, где вопросы пола находились под запретом, или из религиозно-ортодоксальных семей, в которых вопросы секса не подвергались обсуждению или же считались греховными и аморальными. Кроме того, часто оказывалось, что такие мужчины находились в чрезмерно тесных отношениях со своими обольстительными матерями и вследствие этого у них развивалось сильно выраженное бессознательное чувство вины кровосмешения во время попыток выполнения гетеросексуального полового акта. Любые жизненные факторы, которые вызывают развитие у мужчины необычного страха близости, чрезмерная незрелость, чувство собственной неполноценности или глубокая подозрительность, боязливость или враждебность по отношению к женщинам могут привести его в состояние импотенции. Факторы, вызывающие развитие таких реакций, могут включать в себя:

- 1) отторжение или унижение достоинства индивидуума со стороны матери или отца;
- 2) доминирование старших братьев или сестер;
- 3) сильные ссоры между родителями;
- 4) ощущение себя физически непривлекательным или неуклюжим;
- 5) отвергание равными по положению людьми.

К такому неблагоприятному жизненному опыту добавляется и соответствующее культурное окружение, что делает выполнение полового акта в действительности трудной задачей из-за того, что он окружен многочисленными табу и общественными запретами. Часто молодые мужчины совершают свои первые попытки выполнения коитуса в сильном алкогольном опьянении, в неблагоприятных условиях, т. е. в обстановке, связанной с постоянным риском быть обнаруженными посторонними, что может вызвать развитие такого сильного чувства тревоги, которое воспрепятствует развитию эрекции. При первой неудаче выполнения коитуса возрастает страх перед последующими неудачами и увеличивается их вероятность.

В тех случаях, когда первоначальное нарушение эрекции бывает вызвано холодностью и безразличием первой женщины-партнерши, существовавшие ранее чувства вины и тревоги могут усилиться. Но фактором, который, как считают, чаще всего приводит к развитию нарушений эрекции, является существовавший ранее случай преждевременной эякуляции. Это ведет к увеличению страха перед сексуальной неудачей и развитию вторичной импотенции.

Нервные заболевания

Половые расстройства могут быть результатом болезненных нарушений деятельности высших сексуальных центров. В случаях ненормального повышения или понижения возбудимости сексуальных центров вторично нарушается работа больших полушарий головного мозга. Болезненные изменения деятельности мозга влекут нарушение сексуального тонуса. Поражения такого типа вызывают снижение половой деятельности с переходом к более глубоким расстройствам – полной импотенции при заболеваниях задней черепной ямки, стволовой части головного мозга. Существует зависимость половой деятельности от работы гипоталамуса. Многочисленные наблюдения показывают, что сексуальные расстройства могут быть обусловлены поражением гипоталамуса. Расстройство эндокринной функции половых желез может возникнуть вторично вслед за мозговыми поражениями. Поражение гипоталамической области может повлечь за собой различного характера половые расстройства, в особенности понижение полового влечения и ослабление эрекции при отсутствии морфологических и функциональных изменений как со стороны половых желез, так и со стороны других эндокринных желез.

Заболевания спинного мозга

Расстройства половой функции могут быть обусловлены нарушением деятельности половых центров (эрекции и эякуляции), заложенных в спинном мозге. Нарушение деятельности

спинальных половых центров может наступить в результате травматических повреждений и органических заболеваний спинного мозга. Импотенция наблюдается при множественном склерозе, миелите, сухотке спинного мозга и т. д. При сухотке спинного мозга в более поздних стадиях импотенция отмечается почти постоянно, но половое влечение часто сохраняется. Иногда импотенция является одним из самых ранних признаков проявления сухотки спинного мозга. При некоторых органических заболеваниях спинного мозга (например, при сухотке и миелите) могут появляться симптомы раздражения спинальных центров, характеризующиеся часто и быстронаступающими эрекциями и преждевременной эякуляцией. Иногда у таких больных наблюдаются продолжительные и болезненные эрекции (так называемый приапизм). По мере нарастания нарушений в спинном мозге развивается абсолютное половое бессилие.

Травматические повреждения спинного мозга в зависимости от их места расположения могут оказывать различное влияние на потенцию.

После травмы шейного и грудного отделов спинного мозга иногда наблюдались явления приапизма вследствие раздражения эрекционного центра, расположенного в поясничном отделе спинного мозга. С прекращением раздражения приапизм исчезал. При этом, несмотря на развитие паралича нижней половины туловища, эрекция сохранялась.

Травматические повреждения верхних частей поясничного отдела спинного мозга обычно влекут за собой импотенцию. Современная медицинская технология создала возможность для выживания большего, чем прежде, числа людей, получивших острые и тяжелые повреждения. Число лиц молодого возраста, живущих с осложнениями после травмы спинного мозга, увеличилось. Большинство таких больных составляют мужчины. В ранние сроки после получения травмы влияние повреждения спинного мозга на половую функцию предсказать практически невозможно. Часто спинальный шок может длиться в течение нескольких месяцев и замедлять время возвращения к некоторому установившемуся состоянию, особенности которого значительно варьируются у разных больных. Когда спинной мозг повреждается в верхних его отделах, то способность к эрекции сохраняется.

Полное поперечное пересечение спинного мозга на уровне шейного отдела позвоночника оставляет сохранной эрекцию у 100 % больных. При полном повреждении двигательных нервных клеток, расположенных в нижних отделах спинного мозга, наблюдается развитие психогенной эрекции при полном отсутствии эрекции на уровне рефлекса у 27 % больных. При полном повреждении двигательных нервных клеток в верху спинного мозга спонтанное развитие эрекции было зарегистрировано у 95 % больных, а у 92 % больных эрекция развивалась после стимуляции полового члена. Из общего числа таких больных, которые пытались выполнить коитус, у 57 % эта попытка оказалась успешной. Эякуляция наступала только у 1 % этих больных. При неполных повреждениях спинного мозга на верхнем уровне у 48 % больных имела место психогенная эрекция, у 93 % – спонтанная эрекция и у 25 % происходила эякуляция. При полном повреждении спинного мозга на нижнем уровне спонтанная эрекция развивалась у 12 % больных, а эякуляция происходила у 15 %.

Сохранение в крестцовых позвонках больных с неполным повреждением спинного мозга на его верхнем уровне способности к восприятию булавочных уколов может служить прогностическим тестом для определения способности к эрекции и эякуляции.

Заболевания половых органов

Различные поражения половых органов, нарушая их нормальную деятельность и изменяя функциональное состояние, могут вызывать те или иные расстройства половой функции. Раздражение окончаний нервов является исходным пунктом процесса возбуждения. Поэтому в возникновении ненормальных явлений большую роль играет функциональное состояние этих нервов. Именно они сигнализируют центральной нервной системе о наступающих процессах возбуждения, получении удовольствия. Изменение этих нервных путей нарушает правильную

сигнализацию, поступающую в центры, что влечет за собой извращенные ответные реакции, характеризующиеся разнообразными проявлениями. Половой член, являясь одной из наиболее важных эрогенных зон, богато снабжен нервными элементами. Последние расположены на коже головки полового члена и крайней плоти. Помимо свободных нервных окончаний, здесь находится большое количество разнообразных концевых нервных аппаратов. Наиболее важными из них являются мейснеровские тельца, колбы Краузе и генитальные нервные тельца. Раздражение головки полового члена вызывает эрекцию и эякуляцию. Поэтому изменения под влиянием различных патологических процессов (таких как воспалительные и рубцовые изменения на коже головки, органические и травматические заболевания спинного мозга и др.) приводят к нарушению чувствительности головки полового члена в сторону повышения или понижения. Это, как правило, влечет за собой нарушение эрекции и эякуляции. Предстательная железа оказывает влияние на половую функцию рефлекторным путем, через нервные окончания. Отсюда ясно, что патологические изменения в предстательной железе, вызывая нарушение чувствительности нервных клеток (повышение или более или менее выраженное понижение возбудимости), могут привести к различным расстройствам половой деятельности. Качественные различия в изменении возбудимости нервных клеток зависят от характера и особенностей патологических процессов в предстательной железе. Известную роль в механизме развития половой недостаточности при простатите, атонии простаты и других патологических процессах играет более или менее значительное понижение секреторной деятельности и всасывания секрета предстательной железы в кровь. Это, в свою очередь, ведет к уменьшению тормозящего влияния предстательной железы на гормональную функцию яичек, а следовательно, к повышению полового влечения. Таким способом создается несоответствие между повышенным половым возбуждением и невозможностью его удовлетворить, что является для многих больных источником тяжелых переживаний. Иногда половое влечение у таких больных причудливым образом изменяется, что может дать толчок к половым извращениям. Известно, что врожденное недоразвитие предстательной железы или приобретенная атония (т. е. полное отсутствие тонуса) часто обуславливают недостаточность половой функции. Причиной снижения половой способности является также хронический простатит. Как показали клинические наблюдения, у больных, страдающих гипертрофией (т. е. разрастанием предстательной железы), нередко восстанавливается половая функция после удаления аденомы (доброкачественной опухоли) железы. В то же время после полного удаления предстательной железы больные лишаются половой силы. Известно, что удаление яичек в зрелом возрасте также не всегда приводит к импотенции; между тем нельзя сомневаться в огромном значении яичек для нормального отправления половой функции. По-видимому, после удаления яичек или предстательной железы функция этих желез в течение более или менее длительного времени компенсируется корригирующим влиянием центральной нервной системы, а также какими-либо другими эндокринными органами.

Нарушение половой деятельности может наступить вследствие механических препятствий к совершению полового акта, обусловленных патологическими процессами как в самих половых органах, так и в окружающих их частях. Импотенция может быть также результатом тяжелого травматического повреждения задней уретры, в особенности тогда, когда оно сопровождается переломом тазовых костей. Такие больные подвергаются повторным хирургическим вмешательствам и в дальнейшем вынуждены проводить длительное систематическое лечение. Механизм возникновения импотенции у больных с травматическим повреждением задней уретры является различным. Значение имеет развивающийся нередко у таких больных вследствие сопутствующей инфекции хронический простатит с явлениями заднего уретрита и колликулита. Иногда у таких больных одновременно с переломом костей малого таза и отрывом задней уретры может иметь место травматическое повреждение пояснично-крестцового отдела спинного мозга с поражением спинальных половых центров.

Нарушение деятельности эндокринных желез

Половые расстройства могут быть обусловлены различными эндокринными нарушениями, которые ведут к падению гормональной функции яичек, характеризующемуся снижением полового влечения и ослаблением эрекции вплоть до полного ее исчезновения. Нарушение функции яичек может явиться следствием:

- 1) первичного их заболевания (врожденного) (недоразвития, евнухоидизма);
- 2) приобретенного (травмы, воспалительных заболеваний);
- 3) поражения других желез внутренней секреции (мозгового придатка, щитовидной железы, надпочечников);
- 4) нарушений обмена веществ;
- 5) заболеваний центральной нервной системы.

Со снижением гормональной функции половых желез связано угасание половой силы в старости. Подтверждением этому может служить увеличенное выделение гонадотропного гормона с мочой в старческом возрасте вследствие выпадения тормозящего влияния яичек на переднюю долю гипофиза. В старости происходит падение не только функции яичек, но и деятельности предстательной железы. После 50 лет уменьшается количество железистой ткани, эпителиальные клетки становятся более низкими, кубическими, начинает преобладать фиброзно-мышечная ткань. Количество жировых зерен, являющихся секреторным продуктом железистого эпителия предстательной железы, после 50 лет уменьшается. У пожилых мужчин клетки жира более крупные, чем у молодых, неправильной формы и часто неравномерно окрашены. Многочисленные наблюдения показывают, что к 50 годам происходит уменьшение потенции, после 50 лет отмечается более быстрое ее падение и в возрасте 60–65 лет она практически угасает. В среднем падение половой силы происходит в возрасте 55 лет. От указанных средних цифр могут наблюдаться индивидуальные колебания в ту и другую сторону.

Сохранение половой способности после 70 лет встречается не так уж редко. Сохранение же нормальной потенции в более пожилом возрасте является большой редкостью. Колебания сроков падения потенции у мужчин в пожилые годы зависят от индивидуальных особенностей организма, образа жизни, характера половой деятельности, а также половой конституции. Последняя складывается из наследственных факторов в виде врожденной повышенной возбудимости, высокой чувствительности и устойчивости или, наоборот, пониженной возбудимости, легкой ранимости и преждевременной изнашиваемости половых центров, с одной стороны, и приобретенных факторов в процессе взаимодействия с внешней средой – с другой. Известно, что наряду с мужчинами, рано начавшими половую жизнь, часто совершавшими половые акты и до глубокой старости сохранившими половую силу, встречаются такие, которые, несмотря на отсутствие отягощающего списка заболеваний и серьезных нарушений со стороны общего состояния организма, лишаются потенции очень рано. Что касается вопроса об угасании сперматогенеза в старости, то он является малоизученным, так как в глубокой старости отсутствует возможность доказательства способности к оплодотворению. Согласно данным К. Ролердера (1925) сперматозоиды в эякуляте обнаруживаются в возрасте до 70 лет в большинстве случаев, в возрасте 70–80 лет – в половине, в возрасте 80–90 лет – в четверти и в возрасте старше 90 – в незначительном количестве случаев. Известный интерес представляют патолого-анатомические данные С. Дюплея (1852) и Г. Дьей (1867), которые при исследовании 165 трупов стариков обнаружили сперматозоиды в 68,5 % у умерших в возрасте 60–70 лет, в 59,8 % – 70–80 лет и в 48 % – 80–90 лет. Таким образом, в то время как у женщин остановка созревания фолликулов в яичнике и связанное с этим прекращение менструаций происходят в относительно ограниченный период жизни (в среднем от 45 до 50 лет), у мужчин не существует строго определенного возраста, когда сперматогенная функция полностью затухает. У мужчин, так же как и у женщин, может быть климактерий с его характерным симптомокомплексом вазомотор-

ных расстройств, психических изменений и нарушением общего состояния. Данное состояние наблюдается в возрасте от 45 до 60 лет, причем особенно часто оно появляется в возрасте 50–54 лет. Характерными симптомами являются повышенная чувствительность, склонность к плаксивости, равнодушие, упадок энергии, нерешительность, ипохондрическое настроение, самоупреки. Среди органических заболеваний на первый план выступают головные боли, приливы крови к голове, усталость, плохой сон, повышенный аппетит, сердечные расстройства, похолодание конечностей. Что касается сексуальной сферы, то все больные жалуются на понижение оргазма. В большинстве случаев наблюдается снижение потенции. Прогноз благоприятный, продолжительность такого состояния равна 1,5–3 годам. П. Гохе (1929) считает, что у мужчин в возрасте 50–60 лет несколько чаще наблюдаются нервные и психические симптомы, явления легкой меланхолии, ипохондрическое состояние, но они не отличаются от подобного состояния у более молодых или пожилых мужчин. Жалобы на головные боли, головокружение и другие неприятные ощущения встречаются часто. У женщин встречаются ангионевротические отеки, у мужчин такие явления отсутствуют. Заболевания суставов у мужчин встречаются гораздо реже, чем у женщин. Женщина в противоположность мужчине ясно чувствует совершающийся в ней перелом и справедливо связывает его с изменением деятельности половых желез.

К эндокринным нарушениям относится сахарный диабет. Большинство исследований показывает, что частота нарушений половой функции у диабетиков сравнительно молодого возраста составляет 50 %. При обследовании мужчин в возрасте от 26 до 45 лет, страдавших диабетом и лечившихся амбулаторно инсулином, которых сравнивали с подобранной по возрасту контрольной группой не страдавших диабетом мужчин, нарушение половой функции было установлено у 44 % диабетиков по сравнению с 2,5 % мужчин из контрольной группы. Классическими характерными чертами нарушений эрекции, связанными с наличием сахарного диабета, являются:

- 1) неспособность осуществить половой акт при нормальном или даже повышенном половом влечении;
- 2) отсутствие утренних эрекций;
- 3) отсутствие способности к развитию эрекции во время мастурбации.

Анализ этих факторов в применении к страдающим нарушением эрекции больным диабетом, дополненный их психической оценкой, был сделан А. Дженсеном в 1981 г. В последние годы была установлена взаимосвязь между некоторыми (даже очень легкими) эндокринными сдвигами и импотенцией. В настоящее время невозможно точно сказать, являются ли эти сдвиги причиной нарушения эрекции или его следствием. Один пример этой нерешенной проблемы был продемонстрирован Д. Легросом в 1978 г. 88 больным, у которых при тщательном исследовании было диагностировано психогенное нарушение эрекции, было проведено исследование реакции на устойчивость, невосприимчивость к вводимой через рот глюкозе. Из числа этих больных у 34 % была выявлена ненормальная устойчивость к глюкозе (содержание глюкозы в крови составляет больше 1,6 г/л на пике кривой и больше 1,2 г/л через 2 ч введения глюкозы). Нарушения функции обычно возникают на ранних стадиях заболевания диабетом. В начальный период развития диабета очевидно наличие воздействующих на больного психологических (изменений в образе жизни, необходимости урегулировать возникающие социальные и профессиональные проблемы) и органических (общего недомогания, связанного с недостаточностью инсулина) факторов. В большинстве случаев способность к развитию эрекции восстанавливается у этих больных вскоре после начала инсулинотерапии. В одном исследовании указывалось, что 11 % сообщили о том, что нарушение половой функции у них началось во время первого года болезни, в то время как более 60 % мужчин болели диабетом более 5 лет к тому времени, когда у них произошло нарушение половой функции. Возраст, в котором начался диабет, не связан с началом нарушения половой функции у более молодых диабетиков. Больные старше 40 лет жалуются на более серьезные нарушения половой функ-

ции, чем молодые диабетики, независимо от продолжительности заболевания. Это можно объяснить тем, что с увеличением возраста увеличивается частота диабетических осложнений и болезнь приобретает хронический характер, причем это сочетается с влиянием возрастающих психологических проблем. Функциональные нарушения нервной системы можно обнаружить у большинства после 40–45 лет заболевания. Эти нарушения имеют место как в органической, так и в вегетативной нервной системе. К нарушениям органической нервной системы относятся потеря глубоких сухожильных рефлексов и повышение порога чувствительности к вибрации, особенно в нижних конечностях. В большинстве исследований отмечается, что развитие периферической невропатии тесно связано с нарушением половой функции. К нарушениям вегетативной нервной системы относятся уменьшение выраженности изменений частоты сердцебиений как во время нормального, так и во время форсированного (т. е. учащенного) дыхания. Считают, что эти нарушения являются следствием парасимпатической невропатии. Уменьшение уровня гормонов кате-холаминов в плазме крови в положениях лежа на спине и стоя, так же как и во время физических упражнений, отражает нарушение функции симпатической нервной системы. У 80 мужчин-диабетиков исследовали взаимосвязь между нарушением половой функции и тремя различными патологическими симптомами:

- 1) периферической органической невропатией;
- 2) ретинопатией;
- 3) пониженным значением синусовой аритмии.

35 из этих больных имели различные нарушения половой функции, а у 26 из этих 35 мужчин были нарушения эрекции. Было установлено, что с нарушениями половой функции оказалась связанной только периферическая органическая невропатия, а связи этих нарушений с двумя другими показателями выявлено не было. Интересно отметить, что при патолого-анатомическом исследовании у 5 мужчин, страдавших диабетом и имевших нарушения эрекции, было обнаружено как под световым, так и под электронным микроскопом повреждение окончаний вегетативных нервов. Образцы ткани были взяты для исследования у 4 мужчин, страдающих инсулинозависимым диабетом и имеющих нарушения эрекции, у которых планировалась операция протезирования полового члена. Было получено содержание норадреналина, равное $58 \pm 28,4$ пг/мг, что значительно ниже нормы. Полученный результат сравнивали с цифрой $563 \pm 182,3$ пг/мг, полученной при исследовании пещеристой ткани у мужчин с сохранной эрекционной функцией. У диабетиков с нарушением эрекции, которые страдали неинсулинозависимой формой диабета, не было выявлено никакого снижения уровня норадреналина.

Изменения сосудов, возникающие при длительном течении диабета, имеют место как в крупных, так и в мелких сосудах, что проявляется в виде диабетической макро- и микроангиопатии. Эти повреждения сосудов обнаруживаются во всех органах, но известно, что только поражения сосудов глаз, почек, сердца и нижних конечностей дают яркую симптоматику. Функциональные последствия диабетической микроангиопатии включают в себя увеличение проницаемости и хрупкости мелких сосудов, в то время как диабетическая макроангиопатия характеризуется отложением кальция в крупных сосудах конечностей. Диабетическая макроангиопатия может быть ответственной за нарушение эрекции вследствие развивающейся недостаточности артериального кровотока. Такое снижение интенсивности артериального кровотока было продемонстрировано при помощи различных методик измерения величины кровяного давления в половом члене. Сведения о наличии патологических изменений в артериальной сети, снабжающей кровью половой член, были впервые опубликованы Д. Роттером и А. Шурманом в 1950 г. Было обнаружено, что преобладающим видом изменений были фиброзные изменения как в подушках Эбнера, расположенных в глубоких артериях полового члена, так и во внутренней оболочке этих сосудов, хотя тромбов было найдено очень мало. Было установлено, что отложение кальция в фиброзно-измененных подушках Эбнера и в воспаленной

внутренней оболочке сосудов гораздо чаще наблюдается у мужчин-диабетиков, чем в сосудах трупов мужчин такого же возраста, отобранных в контрольную группу.

Характерно, что самые тяжелые патологические изменения находились в той части полового члена, которая располагается ниже и сзади лонного сочленения, и что выраженность патологических изменений в сосудах уменьшалась по направлению к головке полового члена.

Заболевания сердца

При хорошо контролируемых, правильно леченных хронических заболеваниях сердца сексуальная активность не связана с какой-либо серьезной опасностью, поскольку больной будет знать о степени нагрузки на сердце, которую он в состоянии выдержать. Однако особую группу больных составляют мужчины, перенесшие инфаркт миокарда. Довольно часто случается так, что, как только минует непосредственная опасность и больной находится накануне перевода из отделения интенсивной терапии в общее, он начинает размышлять относительно возможности ведения столь же активной половой жизни, как и в доинфарктном периоде. Во врачебной практике часто отмечается, что такие больные сталкиваются с осложнениями в своей половой жизни, если вопрос об их половой активности не будет затронут врачом до момента их выписки из больницы. Обычно в этой стадии нарушения эрекции не возникает, если только больных не лечат препаратами для снижения артериального давления или антидепрессантами. Может оказаться не очень разумным вызвать состояние беспокойства у больного, сказав ему о том, что тот или иной конкретный препарат может провоцировать нарушение эрекции. В литературе описаны случаи, когда пропранолол (в-блокатор) приводил к развитию импотенции, но такие случаи немногочисленны, так что не следует обязательно считать это побочным эффектом данного препарата. Нарушения эрекции могут быть вызваны снижением артериального давления, что может препятствовать достижению величины внутрипещеристого давления, необходимой для развития эрекции. Невозможность достичь развития эрекции также может быть результатом вторичного психогенного нарушения эрекции у тех больных, которые боятся коитуса из-за нагрузки на их больное сердце при выполнении этого акта. Образование «клубов сердечников», принятое во многих больницах, может помочь некоторым больным, но оно же может и возбудить беспокойство у других больных, если такие группы больных не будут обеспечены надлежащим врачебным руководством. Частота пульса и величина артериального давления во время коитуса при положениях мужчины сверху или снизу были исследованы Ш. Немесом в 1976 г., который не обнаружил каких-либо различий в этих показателях между двумя этими позициями. В телеметрическом исследовании М. Фридмен в 1970 г. провел сравнение 48 больных, перенесших инфаркт миокарда, с 43 мужчинами, у которых не было инфаркта миокарда, но имелись заболевания коронарных артерий. Средняя величина максимальной частоты сердечбиений во время оргазма (пик сердечной активности) составляла 117 ударов в минуту. Средняя величина этого показателя во время их обычной профессиональной деятельности была равна 120 ударов в минуту. Изменения на электрокардиограмме и сердечные симптомы были сравнимы при этих двух ситуациях. Оргазм в результате мастурбации может провоцировать такие же изменения.

Еще одна группа больных с заболеваниями сердца, которые могут жаловаться на нарушения половой функции, состоит из мужчин, длительно принимающих дигоксин. В одном исследовании было проведено сравнение 14 мужчин, принимавших дигоксин в течение по меньшей мере 5 лет, с 12 мужчинами, не принимавшими этого препарата. Обе группы мужчин были подобраны со сходным состоянием сердечно-сосудистой системы в период исследования. Из мужчин, получавших дигоксин, 5 жаловались на отсутствие полового влечения и нарушение эрекции, а 6 из этих больных сообщили о снижении частоты половых сношений, в то время как в группе мужчин, не получавших дигоксин, не было ни одной подобной жалобы. Такие различия объясняются изменениями гормонального статуса: у мужчин, получавших дигоксин,

уровень эстрадиола был почти в 3 раза выше, уровень тестостерона – почти на две трети ниже, а уровень лютеинизирующего гормона был ниже почти в 2 раза. Таким образом, у мужчин, перенесших инфаркт миокарда, может возникнуть вторичное нарушение эрекционной функции, но этого можно избежать при помощи квалифицированных врачебных консультаций и заверения больных в том, что в случае возникновения у них каких-либо половых расстройств им будет оказана необходимая помощь.

Хроническая почечная недостаточность

При уремии, до и после гемодиализа (т. е. процедуры очищения крови) у мужчин происходит ряд сдвигов в показателях обмена веществ, влияющих на детородную функцию. У таких больных могут происходить:

- 1) снижение уровня тестостерона в циркулирующей крови;
- 2) повреждение клеток яичка с замедлением созревания сперматозоидов;
- 3) увеличение уровня фолликулостимулирующего гормона и лютеинизирующего гормона;
- 4) повышение уровня пролактина и развитие вторичного гипер-паратиреоза.

Имеются сведения о том, что сниженную или частичную способность к развитию эрекции сохраняют от 38 до 80 % больных, находящихся на диализе, в то время как от 20 до 55 % этих больных являются полными импотентами. Часто это положение ухудшается после начала диализа. Характерный для таких больных низкий уровень тестостерона можно увеличить посредством введения человеческого хорионического гонадотропина. Увеличение уровня пролактина может наблюдаться как при одновременном возникновении увеличения груди, так и без него. Было высказано также предположение, что сам пролактин может являться причиной нарушения эрекционной функции. Однако результаты исследования Хагена в 1976 г. противоречат этому предположению, поскольку лишь у 12 из 21 обследованного ими больного, находящегося на диализе, были повышенные уровни пролактина. Эти мужчины были разделены на две разные группы, в одной из которых были больные с нарушением половой функции, а в другой – не имеющие таких нарушений. Лечение бромом-криптином, который понижает уровень пролактина, восстанавливало нормальную половую функцию у некоторых больных без сопутствующего лечения их тестостероном. Роль пролактина в нормальном и измененном половом поведении и половой функции все еще нуждается в прояснении. После трансплантации почки уровень тестостерона и пролактина возвращаются к норме, и у больных восстанавливается их нормальная половая активность. Однако преходящие нарушения половой функции действительно имеют место у некоторых больных, которым была выполнена пересадка почки, поскольку артериальный кровоток у них снижается в результате перевязки внутренней подвздошной артерии, которую выполняют с целью улучшения артериального кровоснабжения новой пересаженной почки. Обычно имеющихся сосудов, соединяющих между собой артерии полового члена, бывает достаточно для развития и поддержания эрекции. Если предпринимают вторую трансплантацию почки, то наиболее вероятно, что последует нарушение эрекции. Недавно было сообщено о том, что в то время как после первой трансплантации почки переходящие нарушения эрекционной функции отмечались у 10 % больных, то после второй трансплантации были не способны к развитию эрекции 65 % больных. У половины этих больных произошло частичное восстановление эрекционной функции через 8 месяцев.

Хронические заболевания легких

Из 90 мужчин, страдающих хроническим бронхитом, астмой или эмфиземой легких, у 19 % были выявлены нарушения эрекционной функции. После тщательной оценки психологического состояния и социального статуса этих больных выяснилось, что нарушения эрекционной функции были связаны не с самим заболеванием легких, а с личностными проблемами

больных, возникшими в результате болезни. Информирование больных о проблемах половой жизни и о природе основного заболевания привело к снижению числа случаев нарушения половой функции.

Злоупотребление никотином

П. Форсберг в 1979 г. опубликовал сообщение о случае с двумя больными в возрасте 20 и 27 лет; оба они были курильщиками и жаловались на расстройство эрекционной функции. Общее медицинское и эндокринологическое обследование не выявило никакой патологии. Величина системного артериального давления и давление крови в половом члене были в нормальных пределах, но соотношение между ускорением кровотока в половом члене и плечевой артерии было ненормальным. После того как эти больные прекратили курение на несколько дней, способность к развитию эрекции у них восстановилась как в отношении утренней эрекции, так и в отношении эрекции при половом возбуждении. Соответствующие кривые, отражающие ускорение кровотока, претерпели резкое изменение в обоих случаях и стали нормальными. Причем один из больных выкуривал всего лишь 10 сигарет в день.

Таким образом, большинство клиницистов считает курение табака одной из немаловажных причин в развитии импотенции, особенно когда курение сочетается с другими вредно влияющими на потенцию факторами. Экспериментально доказано, что никотин вначале повышает возбудимость коры головного мозга, а затем понижает и угнетает ее. Аналогичное действие никотин оказывает и на нервные центры в спинном мозге (в частности, на центры эрекции и эякуляции). Вызывая угнетение половых центров, никотин приводит к ослаблению эрекционной способности. Этому может предшествовать стадия повышенной возбудимости, характеризующаяся преждевременным извержением семени. Появление половой слабости может также быть вызвано свойством никотина понижать тонус мускулатуры и сосудов полового члена, участвующих в эрекции. У женщин, например, на почве курения возникает атония мышц матки, вследствие чего иногда нарушаются сроки менструального цикла, а при беременности могут быть преждевременные роды и выкидыши. Тот факт, что заядлые курильщики табака оказываются иногда людьми с высокой патентностью, не опровергает вредного действия никотина на потенцию. Известно, что влияние, оказываемое на организм любым негативным фактором, зависит не только от свойств последнего, но и от типологических особенностей высшей нервной деятельности, устойчивости и чувствительности организма, а также от ряда внешних и внутренних факторов. Этим и объясняется различное действие, оказываемое одним и тем же негативным фактором (в частности, никотином) на разных людей.

Злоупотребление алкоголем

Алкоголь является веществом, воздействующим на центральную нервную систему, у которого в течение столетий сложилась репутация средства, усиливающего половое влечение. В действительности он вызывает угнетение общей активности головного мозга и угнетение половой функции, но степень его воздействия варьируется в зависимости от содержания алкоголя в крови. В малых дозах алкоголь уменьшает состояние тревоги и угнетения, и при этом упрощаются как социальные, так и сексуальные контакты. В больших дозах алкоголь влияет на познавательную функцию, а при дальнейшем увеличении потребления алкоголя он может воздействовать на уровень сознания человека подобно действию успокоительных лекарственных препаратов. Небольшие дозы алкоголя усиливают половое влечение, но в значительных дозах алкоголь снижает способность к выполнению полового акта (но не снижает побуждения к его выполнению). У мужчин в возрасте 26–45 лет, не страдающих нарушениями половой функции, алкоголь оказывает воздействие на эякуляцию, вызывая эякуляцию без наслаждения; сухую эякуляцию; замедленную эякуляцию и преждевременную эякуляцию. Л. Фаркас и Р. Розен в 1976 г. проводили эксперимент: давали алкоголь в больших количествах добровольцам, с тем

чтобы достичь содержания алкоголя в крови, равного 0,025, 0,05 и 0,07 %. Эти концентрации алкоголя определяли в выдыхаемом воздухе. Установлено, что скорость набухания полового члена (измерявшаяся при помощи тензометрического датчика, обернутого вокруг полового члена) при самом низком уровне алкоголя в крови уменьшалась незначительно, но заметно снижалась при концентрации, равной 0,075 %. Максимальное набухание также заметно ослаблялось при потреблении больших доз алкоголя. Поскольку применялась только зрительная сексуальная стимуляция, то данное исследование показывает только то, что снижается реакция набухания полового члена в ответ на контрольный вид стимуляции. Влияние поступления в организм больших единовременных доз алкоголя на гормональные факторы оценивалось в нескольких исследованиях.

При высоких концентрациях алкоголя в крови он снижает уровень тестостерона в плазме крови; при этом отмечается последующее увеличение концентрации лютеинизирующего гормона в плазме крови, указывающее на то, что введение алкоголя влияет на взаимосвязь между гипофизом и семенниками у здоровых мужчин.

У большинства алкоголиков половая функция сохраняется на нормальном уровне в течение нескольких лет. В том случае, если частые выпивки превращаются в алкогольно-зависимый синдром, а картина запоев становится более однообразной, усиливается выраженность признаков и симптомов тяжелого алкоголизма, будь они социальными, психическими или органическими. Женитьба вызывает много проблем у алкоголиков. Исследования А. Буртона и С. Каплана в 1968 г. показали, что частота половых расстройств у алкоголиков такая же, как и у равноценной группы обследованных, не страдающих данным заболеванием, хотя симптомы этих нарушений были различными. Семейные отношения в семьях алкоголиков характеризовались желанием большей половой активности со стороны мужа, в то время как жена использовала отказ от полового сношения с пьяным партнером в качестве способа уменьшения частоты выпивок мужем. Многие жены прямо выражали свое отвращение к совершению полового акта с мужем, находящимся в состоянии опьянения. К. Дженсен в 1979 г. обнаружил, что 28 % мужчин-алкоголиков в возрасте 30–40 лет жалуются на нарушение эрекции. О снижении полового влечения, оцениваемом по субъективным ощущениям, упоминали 36 % алкоголиков, а 10 % жаловались на преждевременную эякуляцию. Замедленная эякуляция, которая ранее описывалась как возможный побочный эффект лечения антабусом, наблюдалась у 16 % мужчин-алкоголиков. Было установлено, что среди многих исследованных факторов нарушения эрекции были особенно характерны для мужчин-алкоголиков старше 40 лет, особенно в тех случаях, когда они были холостяками. Почти половина из группы алкоголиков, обследованных К. Дженсеном, сообщали, что принятие алкоголя оказывало стимулирующее действие на их половую функцию. В той же самой группе 80 % алкоголиков заявили, что их партнерши предпочитали, чтобы половые сношения происходили в то время, когда муж был трезвым. Остальные 20 % сказали, что они всегда были пьяны во время полового акта, и именно среди этих мужчин была самая высокая частота нарушений половой функции.

Что касается этиологии нарушений половой функции у алкоголиков, то методологические проблемы, сочетающиеся с возможностью многофакторного влияния, мешают ее четкому выяснению. Теорий на этот счет существует много, включая рассмотрение неврологических, гормональных, фармакологических и психоэмоциональных факторов.

Неврологические факторы

Алкогольная полиневропатия является хорошо известным осложнением у хронических алкоголиков, поражающим периферические нервы. При таком осложнении следует ожидать возникновения нарушения эрекции и нарушения эякуляции. При оценке, приведенной А. Лемером и А. Смитом в 1973 г., неврологическим факторам придавалось большое значение, поскольку не наблюдалось восстановления половой функции даже после 1 года воздержания

от принятия алкоголя. Фактором, часто не учитываемым при таких исследованиях, является алкогольное слабоумие. Исследования, проведенные с использованием сканирующей компьютерной томографии и психометрической оценки, выявили, что у алкоголиков определяется высокая частота слабоумия, даже у мужчин моложе 35 лет.

Гормональные факторы

Снижение полового влечения или развитие импотенции могут наблюдаться у 80 % хронических алкоголиков. Приблизительно у 80 % алкоголиков могут наблюдаться признаки атрофии яичек. Нарушение секреции эстрогена или его продукты жизнедеятельности гормона могут быть причиной развития увеличения молочных желез, наблюдаемой у 20 % алкоголиков. Появляются все новые доказательства того, что алкоголь оказывает непосредственное отравляющее влияние как на семенники, так и на всю эндокринную систему в целом. Через 15–20 ч после введения здоровым добровольцам такого количества алкоголя, которое было достаточным для вызывания умеренного или тяжелого похмелья, у них отмечалось падение уровня тестостерона до 20 % от исходных значений. После употребления алкоголя происходит уменьшение частоты и амплитуды секреторных выбросов гона-дотропина. Когда потребление алкоголя продолжалось в течение 72 ч, прекращалась реакция секреции гонадотропина в ответ на снижение уровня тестостерона. Обычно у хронических алкоголиков не наблюдается нормального повышения содержания фолликулостимулирующего гормона. Другим гормоном, уровень которого оказывается часто повышенным у алкоголиков, является пролактин. Проллактин может вызывать колебание уровня рецепторов эстрогена в печени и уровня рецепторов лютеинизирующе-го гормона в семенниках. Однако имеются доказательства высокой активности эстрогена, у них обычно находится в нормальных пределах, хотя уровень эстрогена в плазме крови может быть повышенным.

Фармакологические факторы

Для лечения алкоголиков обычно применяют антабус (фи-сульфирам). Этот препарат имеет репутацию лекарства, индуцирующего развитие импотенции. Истинность этого утверждения, хорошо знакомого всем врачам, занимающимся лечением алкоголиков, опровергнута недавно выполненными исследованиями. Исследования 1979 г. показали, что у большинства алкоголиков-мужчин нарушение половой функции отмечалось с самого первого дня их лечения антабусом. Однако больные сообщали о том, что частота половой активности у них была одинаковой как за месяц до, так и через месяц после первого дня лечения антабусом. Эти данные указывают на изменения, происходящие в качественной стороне половой жизни, без каких-либо количественных сдвигов.

Психоэмоциональные факторы

Эти аспекты многочисленны, некоторые из них уже затрагивались:

- 1) двойственное отношение к лечению (и надо, и не хочется, и боязно);
- 2) изменение баланса сил дома;
- 3) структура личности больного и партнерши, так же как и их взаимоотношения;
- 4) образ жизни хронического больного, связанный с ежедневными ограничениями в социальной жизни, утрата чувства собственного достоинства.

Все это по праву относится к возможным психоэмоциональным факторам. В любом обществе существует сравнительно большая группа холостых мужчин среднего возраста, не пользующихся уважением в обществе, для которых представляет большое затруднение установление и поддержание длительных связей. Затруднения такого рода у этих людей возможно, и это создало мнение о сниженном гетеросексуальном интересе у мужчин-алкоголиков, а также вызвали к жизни предположение о связи алкоголизма с гомосексуальностью.

Также имеются исследования, указывающие на жировое перерождение семенных канальцев и разрастание соединительной ткани в паренхиме яичек у лиц, страдающих алкоголизмом. Наряду с непосредственным отравляющим влиянием алкоголя на яички известное значение имеет развивающееся у страдающих алкоголизмом нарушение функции печени и способности ее разрушать эстроген. Известно, что при циррозе печени значительно повышается количество эстрогена в крови как у мужчин, так и у женщин, что приводит к торможению гонадотропной функции печени и последующей атрофии зародышевых желез. Это совпадает с клиническими данными о частом обнаружении азооспермии при хроническом алкоголизме. Клетки яичка подвергаются атрофическим изменениям, т. е. сильно истощаются, но могут оставаться и неповрежденными. Как и при всех хронических заболеваниях, верхний слой кожи под влиянием алкогольной интоксикации страдает быстрее и сильнее, чем внутренние клетки. Поэтому нельзя исключать того, что понижение половой способности у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, отчасти зависит и от нарушения гормональной функции яичек. Однако этот момент вряд ли играет существенную роль в возникновении импотенции у больных, страдающих хроническим алкоголизмом, если учесть, что половое влечение у них обычно не страдает. Большое значение в развитии половых расстройств у страдающих алкоголизмом имеет вредное действие алкоголя на центральную нервную систему.

Половые излишества

Вопрос о роли половых излишеств в развитии полового бессилия сам по себе не вызывает сомнений. Разногласия вызывает лишь вопрос о том, что следует понимать под половыми излишествами. Известно, что половая способность, ее интенсивность и характер колеблются в широких пределах и зависят от физического и нервно-психического состояния человека, темперамента и интенсивности полового влечения, возраста, профессии, образа жизни и ряда других факторов. Б. Роледер, П. Фюрбрингер в 1901 г. считали нормой для человека, находящегося в возрасте половой активности от 1 до 3 половых сношений в неделю, другие считают безвредными ежедневные однократные половые сношения. Б. Н. Хольцов в 1926 г., хотя и считает близкими к норме 2–4 сношения в неделю, тем не менее указывает, что допустимы без вреда для здоровья ежедневные и даже неоднократные половые сношения, если это диктуется действительной потребностью и если после половых сношений не наступает слабости, чувства разбитости и умственной вялости. Ежедневные повторные половые сношения большей частью имеют место отнюдь не в силу потребности, а вследствие искусственных психических и механических раздражений. Поэтому ежедневные, а тем более повторные половые сношения, практикуемые в течение длительного времени или систематические в отдельные периоды с короткими перерывами между ними, обычно вредно отражаются на потенции. Половые излишества приводят центры эрекции и эякуляции в спинном мозге в состояние длительного чрезмерного раздражения, проявляющегося в частой и быстронаступающей эрекции и преждевременной эякуляции. После этого раньше или позже наступает функциональное истощение сначала эрекционного, а затем и эякуляционного центра, характеризующееся ослаблением эрекции (вплоть до полного ее исчезновения). Этому способствуют также местные изменения, которые могут возникать в половых органах в результате половых излишеств. Во время эрекции тонус сосудов, участвующих в этом акте, падает, в результате чего происходит наполнение кавернозных тел полового члена кровью. После эякуляции тонус сосудов рефлексорно восстанавливается вновь. Однако при частых половых сношениях с короткими перерывами между ними прежний тонус сосудов не восстанавливается, что ведет к длительной застойной гиперемии в половых органах. После эякуляции половой член недостаточно опорожняется от венозной крови, что также вызывает застойную гиперемию, особенно выраженную в задней уретре и семенном бугорке — месте оттока крови после эякуляции. Застойная гиперемия ведет к пропитыванию тканей, а затем к инфильтрации и развитию хронического воспалительного процесса.

Все это вызывает длительное раздражение нервных окончаний, заложенных в задней уретре, семенном бугорке и предстательной железе. Передаваясь в половые центры в спинном мозге, это раздражение, в свою очередь, приводит их в состояние ненормального, не характерного для них постоянного возбуждения. Длительные чрезмерно частые половые сношения оказывают вредное влияние на общее состояние организма и на нервную систему. Раздражительность, быстрая утомляемость, плохой сон, угнетенное состояние нередко наблюдаются у больных, обращающихся к врачу с расстройствами на почве половых излишеств. Эти болезненные явления больше угнетают и подавляют половую функцию (факт, имеющий большое значение при построении плана лечения). Таким образом, половые излишества являются одной из причин, приводящих корковые сексуальные механизмы в состояние длительного патологического возбуждения и способствующих возникновению половой неврастении. Вместе с тем следует указать, что вредное значение половых излишеств заключается прежде всего в чрезмерной нагрузке и больших требованиях, предъявляемых к половым центрам в спинном мозге.

Прерванный половой акт

Большое значение в развитии расстройств половой деятельности, ослаблении эрекции и наступлении преждевременного семяизвержения имеет применяющийся мужчиной прерванный половой акт. Под прерываемым сношением понимается половой акт, при котором в момент приближающегося полового извержения семени и оргазма пенис преждевременно извлекается из половых органов женщины, чтобы предупредить попадание туда семени. Семяизвержение при нормальных условиях должно происходить рефлекторно, без участия нашей воли, но при прерываемом сношении мужчина все время с напряженным вниманием ждет момента наступления семяизвержения и оргазма, желая уловить начало эякуляции и боясь пропустить его. В момент оргазма он силой воли вмешивается в этот рефлекторный акт, извлекает член из половых органов женщины. Подавляющее большинство клиницистов придает большое значение прерванному половому акту как фактору, способному вызвать патологические изменения в половых органах и, как следствие, этого – половое бессилие. При длительном практиковании прерванного полового сношения вследствие нарушения нормального хода рефлекторного акта еще в большей степени, чем при половых излишествах, ослабляется тонус кровеносных сосудов полового аппарата, что ведет к расстройствам кровообращения с последующим развитием воспалительных изменений в предстательной железе, задней уретре и семенном бугорке. Это может быть вызвано также относительно неполным опорожнением от крови кавернозных пространств после эякуляции в результате менее энергичного сокращения мышц полового аппарата по сравнению с нормальным сношением. Прекращение полового акта перед самым началом эякуляции резко нарушает нормальное течение процесса возбуждения рефлекторных центров в спинном мозге, достигшего высшей степени интенсивности. Это приводит к тому, что раздражение половых центров, сравнительно быстро исчезающее после нормального сношения, продолжается после прерванного полового акта дольше. Этому способствует и большая длительность полового акта, обусловленная тормозящим влиянием, оказываемым на половые центры вмешательством психики и самоконтролем в целях предупреждения эякуляции. Все это вызывает чрезмерное отягощение спинальных половых центров. Частое повторение такого извращенного полового акта приводит к преждевременному истощению этих центров и к возникновению полового бессилия. Обращает на себя внимание тот факт, что у многих больных импотенцией на почве прерванных половых сношений при тщательном обследовании отсутствуют объективные изменения со стороны половых органов. Однако нередко у лиц, практикующих прерванные половые сношения, наблюдаются явления простатита и кол-ликулита, но отсутствуют половые расстройства. Половое бессилие, возникающее в результате прерванных половых сношений, зависит прежде всего от вредного влияния на центральную нервную систему, в особенности на спинальные центры эрекции и эякуляции.

Неудовлетворенное половое возбуждение

Одной из причин половых расстройств является также неудовлетворенное половое возбуждение. Обычно оно встречается у лиц, по тем или иным причинам вынужденных воздерживаться от половых сношений, и сопровождается длительными эрекциями без последующего полового акта и эякуляции. Механизм развития половых расстройств при неудовлетворенном половом возбуждении такой же, как и при прерванных половых сношениях: длительное чрезмерное возбуждение спинальных центров с последующим их функциональным истощением, с одной стороны, и анатомические изменения в половых органах – с другой. Эти анатомические изменения вызываются длительным пребыванием сосудов полового аппарата в состоянии расширения с последующим ослаблением их тонуса, что влечет за собой нарушение кровообращения и дистрофические расстройства в половых органах, т. е. их истощение. Кроме того, неудовлетворенное половое возбуждение может привести к ослаблению и угасанию механизмов сексуального возбуждения и полового акта.

Онанизм

Онанизмом, или мастурбацией, называется всякое искусственное раздражение половых органов с целью вызвать самоудовлетворение, т. е. сладострастное ощущение с семяизвержением. Таким образом, онанизм – это производимое вне полового акта искусственное раздражение эрогенных зон или психики с появлением оргазма.

Онанирование чаще всего происходит путем трения рукой головки полового члена или всего члена.

Значительно реже встречается психический, мысленный онанизм или эротическое фантазирование, заключающееся в мысленных представлениях на различные половые темы с целью вызвать эрекцию.

Основной вред психического онанизма заключается в том, что после длительных эрекций не наступает эякуляция и оргазм. Длительное возбуждение без последующего разрешения вызывает застой крови, что приводит к гиперчувствительности семенного бугорка, к асептическому колликулиту, конгестивному простатиту, а также вызывает угасание условно-рефлекторных механизмов, ввиду отсутствия эякуляции и оргазма.

Основной вред онанизма в его отрицательном влиянии на высшую нервную деятельность. После нормального полового сношения мужчина чувствует успокоение, улучшение общего состояния, удовлетворение. При половом сношении большое значение имеет внешний вид женщины, тактильные ощущения, зрительные восприятия. При онанизме всего этого комплекса нет, а наблюдается искусственное раздражение половых органов или фантазирование. При онанизме вслед за оргазмом, какое бы облегчение он ни давал, следует в дальнейшем подавленность, угнетенное состояние, разбитость. Онанист понимает, что онанизм есть порок, что это противостоит естеству, безнравственно, вредно, унижает человеческое достоинство. При злоупотреблении онанизмом работоспособность человека падает, он быстро утомляется, с трудом сосредоточивается, становится рассеянным, нерешительным, мрачным, капризным и обидчивым. Память у него становится плохой, мышление затрудняется. Появляются замкнутость, подавленность, угнетенное состояние и равнодушие к окружающему.

Простаторея и асперматизм

Простаторея – это выделение из уретры густой жидкости молочно-белого цвета, являющейся соком предстательной железы. К соку могут примешиваться воспалительные продукты простаты при наличии воспалительного явления в ней. Простаторея происходит чаще всего при дефекации, в конце акта мочеиспускания и при надавливании через прямую кишку на предстательную железу. Часто простаторея бывает при запорах, но возникает и при нормаль-

ном стуле от давления брюшных мышц. Иногда дефекация вызывает сокращение мышц простаты, которые выдавливают ее секрет. Если имеется парез мускулатуры, сжимающей уретру, то простатический сок может вытекать из мочеиспускательного канала. Эта простатическая жидкость чаще всего щелочной реакции и состоит из лецитиновых зерен, лейкоцитов, амилонидных телец и эпителиальных клеток. Иногда лецитиновые зерна совершенно отсутствуют или имеется большой лейкоцитоз в полученном секрете. Часто простаторея бывает у лиц, ранее занимавшихся онанизмом, и у неврастеников. На простаторею обращает внимание сам больной, так как принимает простаторею за сперматорею. Мысль о постоянной потере семени действует угнетающим образом на психику больного, вызывая чаще всего депрессию, вялость, подавленность. Простаторея может быть у лиц, никогда не болевших гонореей, простатиты могут протекать без простатореи, и, наоборот, простаторея может быть при отсутствии гонорейного простатита.

Простаторея может быть у лиц, не живших ранее половой жизнью, а также у лиц, в анамнезе которых нет половых эксцессов. При наличии простатита исследуемый сок при простаторее состоит из желтоватой густой жидкости, где содержатся в большом количестве гнойные клетки.

Асперматизм – отсутствие семяизвержения при сношении. Первая причина заключается в отсутствии возбуждения центра семяизвержения, несмотря на нормальное половое возбуждение, а также хорошо и продолжительно длящуюся эрекцию. Легкое опьянение вызывает задержку семяизвержения, а сильное опьянение может привести к асперматизму. Вторая причина асперматизма состоит в том, что нормальная возбудимость центра семяизвержения встречается как препятствие и торможение со стороны высшей нервной деятельности. Третья причина сводится к тому, что возбуждение центра семяизвержения оказывается недостаточным ввиду наличия рубцов на головке члена, крайней плоти. При облитерации семяизвергающих протоков наступает механический асперматизм. Иногда асперматизм бывает только по отношению к определенной женщине.

Астенизация организма (т. е. физическое или психическое его истощение)

Некоторые больные связывают возникновение половых расстройств с моментами (психотравмами, как бытового, так и военного характера, тяжелой конфликтной ситуацией и тяжелыми инфекционными заболеваниями), которые могут повлечь за собой в прошлом как бы Астенизацию всего организма. У некоторых больных причинами половых расстройств могут быть авитаминоз, переутомление, перенапряжение, нейропсихическая травма-тизация, неблагоприятные внешние и внутренние факторы, истощающие и ослабляющие организм. Длительное облучение рентгеновскими лучами и ультракороткими волнами отрицательно влияет на половую функцию. Этилированный бензин и его пары вызывают импотенцию, с большим трудом поддающуюся излечению. Исключительно тяжело протекают половые расстройства у лиц, страдающих диабетом. В. М. Коган-Ясный (1957) отмечает, что в жалобах больного могут отсутствовать даже обычные симптомы, такие как исхудание, одышка, сонливость, но особое внимание в первую очередь привлекает половая слабость. Половая слабость может быть одним из ранних симптомов преддиабета и диабета. Часто еще до появления сахара в моче больной жалуется на половое расстройство. При диабете почти всегда наблюдаются половое расстройство и уменьшение полового влечения. Объясняется это отравляющим воздействием продуктов неполного окисления сахара на нервную систему. Жизнеспособность сперматозоидов при диабете почти всегда сохранена. Излечение полового расстройства у больных, страдающих диабетом, крайне затруднено. У некоторых больных половые расстройства происходят при явлениях истощения половых центров в спинном мозге: вследствие травмы спинного мозга, при миелите, множественном склерозе и других органических поражениях центральной нервной системы. Истощение этих центров может быть в результате половых излишеств,

длительного занятия онанизмом, прерываемого сношения, длительных половых перевозбуждений без половых сношений, алкоголизме и никотинозависимости. Отсутствие адекватных и спонтанных эрекций чаще всего свидетельствует об истощении или повреждении спинальных центров. Заболевание это начинается чаще всего постепенно.

Половое воздержание

Мнения различных авторов по вопросу о влиянии полового воздержания на общее состояние организма расходятся. Одни авторы считают половое воздержание совершенно безвредным для организма; другие утверждают, что оно оказывает неблагоприятное влияние на организм; третьи полагают, что половое воздержание оказывает вредное воздействие на невропатически отягощенных людей. Влияние полового воздержания на общее состояние организма и половую способность будет различно в зависимости от индивидуальных особенностей организма, возраста, условий жизни и рода занятий, интенсивности полового влечения и состояния нервной системы. При этом значение имеет также и то обстоятельство, жил ли человек половой жизнью или еще не жил. В этом отношении заслуживают внимания результаты изучения анкет, заполненных по просьбе Л. Я. Якобсона профессорами физиологии, гигиены, венерических, психических болезней. Все авторы указали, что до 20 лет половое воздержание является совершенно безвредным. Что касается влияния полового воздержания на общее состояние организма людей в более зрелом возрасте, то здесь мнения авторов разошлись: одни считают воздержание и в этом возрасте совершенно безвредным, другие указывают на нежелательные последствия. Повседневные наблюдения показывают, что половое воздержание у подавляющего большинства людей до 20–22 лет при соответствующем умственном отвлечении не сопряжено с каким-либо болезненным явлением. Этот факт имеет большое значение, если учесть, как важно с точки зрения сохранения физических и духовных сил организма половое воздержание до периода полного возмужания. Семя, накопившееся в семенных пузырьках, выводится при чрезмерном накоплении последних наружу путем поллюций: после этого половое влечение снижается. Если, однако, в детские или ранние юношеские годы человек получает неправильное половое воспитание, способствующее преждевременному развитию половых инстинктов, то ему в дальнейшем трудно бороться с повышенной сексуальностью и отказаться от удовлетворения половых потребностей. Это нередко ведет к онанизму с его вредными последствиями или к раннему началу половой жизни, чреватому преждевременным функциональным истощением половых центров. Импотенция непосредственно в результате полового воздержания наблюдается редко. Жалобы на половое бессилие на почве воздержания, с которыми обращаются некоторые больные, обычно связаны с предшествовавшим онанизмом или врожденной половой недостаточностью. Продолжительное воздержание с течением времени вызывает уменьшение выработки семени, а также либидогенных веществ. Воздержание ведет к уменьшению количества эякулята на почве покоя и недеятельности половых органов. При нормальной половой жизни количество эякулята быстро увеличивается. Вот почему у людей, живших регулярной половой жизнью, иногда после длительного воздержания наблюдают некоторое понижение полового влечения и ослабление потенции. Это является, однако, временным и скоропреходящим. После возобновления сношений половые железы снова начинают нормально функционировать, и потенция восстанавливается. Вместе с тем нельзя полностью отрицать возможности возникновения различных расстройств после длительного воздержания у людей с интенсивным половым влечением. Эти расстройства могут быть отчасти обусловлены тем, что чрезмерно длительное половое воздержание приводит корковые сексуальные механизмы в состояние патологически повышенной возбудимости. Помимо характера сексуального режима, связанного с особенностями воспитания и социального положения, возраста, физического здоровья, оказывающих влияние на тонус полового центра, известное значение имеют конституциональные особенности фенотипической возбудимости половых безусловно-рефлекторных

центров и индивидуальные особенности приобретенных в течение жизни тормозных коррекций вследствие влияния социальной среды. В результате длительного полового воздержания могут возникать и местные изменения в половых органах, аналогичные тем, которые наблюдаются при других отклонениях половой деятельности, но слабее выраженные. Постоянное покраснение, отек и повышенная чувствительность простатической части уретры (главным образом семенного бугорка и предстательной железы) приводят половые центры в состояние длительного и чрезмерного возбуждения, проявляющегося в частых и быстронаступающих эякуляциях и болезненных потерях семени. После этого раньше или позже происходят функциональное истощение половых центров и нарушение потенции. Подобные явления развиваются наиболее часто у невропатических субъектов. Многочисленные наблюдения показывают, что у пожилых мужчин, которые по каким-либо причинам вынуждены на более или менее продолжительный срок прекратить половые сношения, иногда сравнительно быстро развивается ослабление потенции. Регулярные, умеренные сношения оказывают возбуждающее и тонизирующее действие на половые железы и являются фактором, предупреждающим преждевременное падение половой способности в старости.

Приапизм

Приапизм – заболевание, часто приводящее к половому бессилию. Это продолжительная и болезненная эрекция при отсутствии полового влечения. Половой член достигает крайней степени напряжения и принимает дугообразную форму вогнутостью к животу. В отличие от обычной физиологической эрекции напряженными являются только пещеристые тела члена, в то время как губчатое тело мочеиспускательного канала и головка остаются совершенно нормальными. Ни эякуляция, ни оргазм при половом акте не наступают; после него не происходит и расслабление члена. Приапизм бывает в любом возрасте после наступления половой зрелости до угасания половой способности. Причины этого состояния различны. Может наблюдаться при местных и общих заболеваниях. К местным относятся:

- 1) воспалительные процессы в кавернозных телах члена (кавернит);
- 2) травмы (подкожные разрывы с образованием гематом и тромбов);
- 3) новообразования;
- 4) расстройства кровообращения (флебиты венозных сплетений вокруг предстательной железы).

В указанных случаях приапизм возникает как механическим путем в результате сдавления вен, так и рефлекторно вследствие раздражения периферических нервных веточек отеком, тромбом, кровоизлиянием и т. д. Из общих заболеваний следует отметить лейкемию, которая в 25–30 % всех случаев является причиной приапизма. Вследствие изменения сосудистых стенок при лейкемии может наступить кровоизлияние в области центра эрекции или в кавернозном теле полового члена. У таких больных вследствие обилия лейкоцитов и замедления тока крови легко образуются тромбы в пещеристых телах.

Аналогичный механизм образования приапизма характерен для некоторых инфекционных заболеваний (таких как тиф, туберкулез и т. д.). Органические заболевания центральной нервной системы и травматические ее поражения вызывают приапизм непосредственным или рефлекторным раздражением центра эрекции. Приапизм наблюдается и при функциональных нервных заболеваниях (неврастении, истерии и др.).

Нередко приапизм носит характер чисто функционального нарушения при отсутствии определенных заболеваний организма. Например, приапизм возник у 45-летнего мужчины, застигнутого врасплох во время полового акта с женой. Продолжительность заболевания колеблется в широких пределах – от нескольких дней до нескольких месяцев. Больные в конце концов выздоравливают, но способность к эрекции у них понижается или полностью пропадает.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПОЛОВЫХ РАССТРОЙСТВ

Большинство современных сексологов рассматривают потенцию как синдром различных нервных, психических, органических, эндокринных и урологических заболеваний. Вместе с тем различные формы полового бессилия описываются многими авторами как самостоятельные нозологические формы, разграничение которых основывается главным образом на клинических особенностях.

Предложено много классификаций половых расстройств, но ни одна из них не получила общего признания. Наиболее распространена классификация, различающая четыре формы полового бессилия (М. Фюрбрингер, 1901 г.; Л. Я. Якобсон, 1915 г. и др.):

- 1) органическое;
- 2) психическое;
- 3) половое бессилие вследствие раздражительной слабости;
- 4) паралитическое половое бессилие.

К органическому (или механическому) половому бессилию относятся случаи импотенции, зависящие от механических препятствий к совершению полового акта со стороны половых органов. Таковы резко выраженные формы эписпадии и в особенности ги-поспадии, слоновость мошонки, пластические затвердения пещеристых тел полового члена, очень большие пахово-мошоночные грыжи, резко выраженные формы общего ожирения.

Психическое половое бессилие наступает вследствие отсутствия психического полового возбуждения. Оно делится на две группы. К первой группе относятся случаи полового бессилия, обусловленные различными причинами (органическими, функциональными, психическими или соматическими), приобретенной анестезией психических центров. Характерным для этой группы импотенции является отсутствие полового влечения. К этой же группе относятся случаи полового бессилия, характеризующиеся извращением полового влечения (садизм, мазохизм, фетишизм, гомосексуализм и т. д.).

Ко второй группе относят психическое бессилие вследствие преобладания психической задержки. К данной группе психической импотенции относят больных, у которых половое влечение нормально, половые центры, а также половой аппарат без патологических изменений, но эрекция в нужный момент не наступает вследствие усиления исходящих из коры головного мозга тормозящих влияний на половые центры. Обычно у таких больных ночью во сне, а также днем при эротических представлениях может наступить сильная и продолжительная эрекция. Стоит, однако, больному сделать малейшую попытку к половому сношению, как эрекция исчезает. Наиболее частыми причинами психической задержки нормальной функции полового аппарата являются различного рода страхи и навязчивые мысли о невозможности совершения полового акта.

Весьма часто встречается *половое бессилие на почве раздражительной слабости*. Оно характеризуется повышением возбудимости половых центров и проявляется преждевременным извержением семени, наступающим в случаях до введения полового члена во влагалище.

Эрекция при этом может быть полностью сохраненной или недостаточной, вялой. Причины полового бессилия вследствие раздражительной слабости весьма разнообразны и согласно большинству авторов выражаются в следующем:

- 1) возникают психические влияния:
 - а) психика может оказывать на спинномозговой центр эякуляции тормозящее и возбуждающее влияние;
 - б) тормозящее влияние психики на эякуляционный центр сказывается в том, что семяизвержение во время полового акта не наступает, не бывает обычно и оргазма;

в) повышенное возбуждающее влияние психики на центр эякуляции приводит к преждевременному извержению семени, иногда до наступления эрекции;

2) возникает общая неврастения, одним из симптомов которой может быть раздражительная слабость;

3) возникают первичное заболевание спинномозговых центров, тяжелые общие инфекции, отравления опиумом, морфином;

4) возникает рефлекторное заболевание спинномозговых центров, вызванное поражением периферических чувствительных нервных окончаний при воспалительных процессах в предстательной железе, задней уретре и семенном бугорке. Это раздражение по нервным путям передается спинномозговым центрам эрекции и эякуляции и поддерживает в них состояние повышенного возбуждения.

Эрекционный центр в норме легче возбудим, чем эякуляционный. В то время как эрекция легко наступает после сравнительно небольшого раздражения эрекционного центра, для наступления эякуляции требуется более интенсивное и длительное возбуждение соответствующего центра. Зато эрекционный центр отличается от эякуляционного меньшей устойчивостью как в нормальных, так и в патологических условиях. Это ведет к развитию разнообразных проявлений половых расстройств в зависимости от различного функционального состояния эрекционного и эякуляционного центров. В соответствии со сказанным при поражении спинномозговых центров эрекции и эякуляции можно различить три последовательные стадии:

1) оба центра находятся в состоянии раздражения. Для этой стадии характерны быстрая и часто наступающая, нередко по ничтожному поводу, эрекция, преждевременная эякуляция, а также частые ночные поллюции;

2) более слабый эрекционный центр уже истощен, в то время как более стойкий эякуляционный центр находится еще в состоянии раздражения. Эта стадия сопровождается преждевременным извержением семени при недостаточной эрекции;

3) оба центра находятся в состоянии истощения. Эта стадия характеризуется полным отсутствием эрекции и эякуляции и должна быть фактически отнесенной к следующей форме – паралитическому половому бессилию.

Паралитическое половое бессилие связано с полным или частичным истощением половых центров. В первом случае (абсолютное паралитическое половое бессилие) эрекция и эякуляция не наступают ни при каких условиях, во втором случае (относительное паралитическое половое бессилие) в зависимости от функционального состояния половых центров может наблюдаться выраженная в различной степени неполная эрекция, порой достаточная для совершения полового акта.

Эякуляция в случае совершения полового акта запаздывает, семя извергается медленно, вяло, по каплям, оргазм стерт. Из причин, вызывающих паралитическое половое бессилие, следует указать на:

1) функциональные и органические заболевания центральной нервной системы (прогрессивный паралич, травматические повреждения и др.);

2) хронические общие заболевания (диабет, туберкулез и др.);

3) длительные интоксикации ядами (морфином, никотином, алкоголем, мышьяком и др.);

4) половые излишества;

5) чрезмерную мастурбацию и т. д.

При некоторых из перечисленных заболеваний сначала могут возникать явления раздражения половых центров, выражающиеся в раздражительной слабости. По мере развития патологического процесса наступает истощение центров, сначала эрекционного, а затем и эякуляционного.

Приведенная классификация половых расстройств имеет ряд недостатков и не соответствует современным взглядам на патогенез этого заболевания.

Из других классификаций половых расстройств, в основу которых положен анато-физиологический принцип, следует указать на схему половых неврозов, предложенную Р. Крафт-Эбин-гом (1903). Он различает следующие половые неврозы:

- 1) периферические неврозы, которые, в свою очередь, делятся на:
 - а) чувствительные (анестезию – полное отсутствие чувствительности, гиперстезию – усиление чувствительности, невралгию – боли по ходу нервных волокон);
 - б) отдельные (аспермию – полное отсутствие спермы, полиспермию – чрезмерно большое количество спермы);
 - в) двигательные (поллюции, сперматорею);
- 2) спинномозговые неврозы с подразделением на различного характера поражения центров эрекции и эякуляции в зависимости от характера их возбудимости (раздражения, понижения или отсутствия возбудимости);
- 3) неврозы мозгового происхождения (пародоксию, анестезию, гиперстезию, парестезию – ощущения покалывания, пол-занья мурашек).

В этой схеме отсутствуют половые расстройства, обусловленные заболеваниями эндокринной системы, механическими и другими причинами.

Г. С. Васильченко (1956) все половые расстройства подразделяет на три основные формы:

- 1) синдром импотенции нейрогуморальной, возникающий при недостаточности внутри-секреторной функции яичек или поражении эндокринной системы. Выражается в снижении полового влечения и возбудимости половых центров, из-за чего развивается ослабление всех фаз полового цикла;
- 2) синдром импотенции психической, связанной с нарушением сексуальных комплексов. Он проявляется в самых разнообразных формах нарушения полового цикла. Наиболее часто возникают диссоциация в силе спонтанных и адекватных эрекции и неустойчивость силы эрекции и скорости эякуляции, дающей резкие колебания, связанные с внешней обстановкой;
- 3) синдром спинномозговой импотенции с нарушением эрек-ционного или эякуляционного звена, связанный с изменением порога возбудимости спинномозговых центров, при отсутствии внешнего ситуационного момента. Он проявляется также нарушениями эрекции и эякуляции, в том числе ослабевают или исчезают и спонтанные эрекции.

Заслугой Г. С. Васильченко является то, что формы импотенции он именует синдромами и в описательной части своей работы приводит их как следствия различных органических и функциональных заболеваний центральной нервной системы. Н. В. Иванов (1956) делит все случаи полового бессилия на пять форм.

1. Психическое бессилие вследствие преобладания тормозных моментов:
 - 1) вследствие снижения или отсутствия полового влечения;
 - 2) вследствие тормозных моментов, мешающих реализации полового акта (нарушение эрекции при сохранности полового влечения). Оно обусловлено наличием моментов, нарушающих регуляцию половой деятельности головным мозгом.
2. Психическое бессилие вследствие раздражительной слабости. В основе его лежат заболевания мочеполовой сферы. Проявляется в виде преждевременного семяизвержения при достаточной или ослабленной эрекции.
3. Органическое (механическое) бессилие вследствие механических препятствий к совершению полового акта (заболевания половых органов и окружающих частей тела).
4. Паралитическое бессилие вследствие органических заболеваний головного и спинного мозга, нарушающих иннервацию эрекционной и эякуляционной деятельности, а также при отравлении различными ядами.

5. Бессилие вследствие расстройства эндокринной функции.

И. М. Порудоминский (1957) предложил более подробную, в основном синдромологическую классификацию импотенции.

1. Импотенция, связанная с патологией головного мозга:

- 1) с повышением тормозящего влияния на половую функцию;
- 2) с повышением возбуждающего влияния на половую функцию;
- 3) с извращением половой функции.

2. Спинальная импотенция, связанная:

- 1) с повышением возбудимости эякуляционного и эрекционного центров;
- 2) с повышением возбудимости эякуляционного и понижением возбудимости эрекционного центров;
- 3) с понижением (отсутствием) возбудимости эрекционного и эякуляционного центров;
- 4) с понижением (отсутствием) возбудимости эякуляционного и нормальной функцией эрекционного центров.

3. Импотенция вследствие заболевания половых органов.

4. Эндокринная импотенция.

5. Импотенция вследствие механических препятствий. Классификация И. М. Порудоминского является известным шагом вперед по сравнению с ранее предложенными. Но и она рассматривает только синдромы импотенции, не упоминая об основных заболеваниях, следствием которых она является.

Из анализа многочисленных историй болезни следует, что для практической работы врача необходимы основная классификация заболеваний, представляющих главную причину нарушения половой функции, которая становится основной целью лечебных мероприятий, и наряду с этим классификация синдромов нарушения половой функции, показывающих характер и степень расстройств сексуальных регуляторных комплексов.

Основная классификация может быть представлена следующими шесть группами заболеваний.

1. Нарушение половой функции при органических заболеваниях нервной системы.

2. Нарушения половой функции при хронических органических, инфекционных и интоксикационных заболеваниях.

3. Нарушение половой функции при истощениях организма (после перенесенных острых соматических и инфекционных заболеваний, острых интоксикаций и травм, сильнейших нервных переживаний).

4. Нарушения половой функции при неврозах и стрессах.

5. Нарушения половой функции при эндокринных заболеваниях.

6. Нарушения половой функции при заболеваниях половых органов.

При составлении этой классификации исходили из общности причин возникновения и механизмов развития каждой группы и особенностей течения, лечебного подхода, прогноза и профилактики. Больные групп 2 и 3, казалось бы, сходны тем, что и у тех и у других причиной импотенции является общее истощение, однако между ними имеется существенная разница. При наличии хронического заболевания, приведшего к истощению организма и к импотенции, невозможно вылечить ни импотенцию, ни истощение без надлежащего лечения основного заболевания, так как оно остается главным причинным фактором. Органическое истощение после острых болезней может продолжаться многие месяцы или годы после того, как вызвавшее ее заболевание полностью излечено. В этом случае главной причиной полового расстройства будет такое состояние, и лечебные мероприятия должны направляться на него. Настоящая монография посвящена в основном одной группе (4) нарушения половой функции, которая является наиболее многочисленной и составляет 78 % от всего числа больных. Кроме того, следует учитывать, что довольно часто импотенция, развившаяся на другой основе (органи-

ческих, эндокринных или других болезней), но переживаемая как жизненно важная утрата, приводит к развитию невроза или психозно-го состояния, которые затем становятся ведущими и определяют дальнейшее течение и прогноз заболевания. Таким образом, существует постоянная тенденция увлечения числа больных группы 4 за счет других групп. У больных группы 4 импотенция связана механизмом развития с различными формами неврозов и реактивных состояний, и они распределились по следующим шести нозологическим формам: психастения, невроз навязчивых состояний, реактивная депрессия, невроз с ипохондрическим синдромом, истерия, неврастения. Изучение вариантов нарушений половой функции показало, что они могут быть представлены следующими основными синдромами (табл. 1).

Таблица 1 Синдромы половых расстройств и их клиническая характеристика

Форма синдрома импотенции	Основные признаки синдрома
Общее ослабление всех фаз половой функции вплоть до полного отсутствия	Половое влечение низкое, адекватные эрекции возникают редко (1—3 раза в месяц и реже), главным образом при активности женщины, эякуляция чаще вялая, оргазм ослаблен. Спонтанные эрекции возникают редко и вяло, поллюций не бывает
Ослабление (отсутствие) полового влечения	Половое влечение снижено или отсутствует, иногда и к одной определенной женщине. Адекватные эрекции неполные (могут быть полными), половой акт совершается редко, с трудом и не приносит удовлетворения, хотя эякуляция и оргазм в норме. Спонтанные эрекции частые и полные. Частота поллюций зависит от количества попыток половой связи и потери семени при них
Навязчивый страх импотенции (обычно у молодых людей, не живших половой жизнью)	Спонтанные ночные эрекции и поллюции нормальные. Спонтанные дневные эрекции чаще ослаблены. Постоянно следят за ощущениями, исходящими от половых органов и пригигиенной зоны

Форма синдрома импотенции	Основные признаки синдрома
Ослабление (отсутствие) эрекционной фазы	Половое влечение нормальное. Адекватные эрекции не возникают или, возникая, исчезают перед попыткой близости. Эякуляции обычно не бывает. Иногда половой акт совершается с недостаточной эрекцией, при этом эякуляция запаздывает и оргазм снижен. Спонтанные эрекции сохранены (при вовлечении в патологически процесс спинальной регуляции могут отсутствовать). Поллюции бывают
Ослабление (отсутствие) эякуляционной фазы с ослаблением или отсутствием оргазма (асперматизм)	Половое влечение и адекватные эрекции нормальные. Эякуляция не наступает при любой продолжительности полового акта (иногда эякуляция очень вялая с малым количеством семени и слабым оргазмом). Спонтанные эрекции частые и полные, во сне бывают поллюции с оргазмом. При вовлечении спинальной регуляции поллюции отсутствуют
Диссоциированное расстройство эрекционной и эякуляционной фазы	Половое влечение нормально. Адекватные эрекции нормальные (могут быть ослабленными). Эякуляция преждевременная. Может быть эякуляция при ослабленной эрекции. Частота и сила спонтанных эрекций и поллюций зависит от давности и тяжести основного заболевания. Оргазм нормальный или ослаблен
Ослабление (отсутствие) оргазма при сохранившейся эякуляции	Половое влечение и эрекции могут быть нормальными. Момент эякуляции ощущается слабо, истечение семени происходит вяло, без характерных толчков. Сладострастные ощущения резко ослаблены или отсутствуют. Обычно ослаблены специфические ощущения во время фрикций
Усиление эрекционной фазы	Половое влечение нормальное. Адекватные эрекции быстро наступают, очень сильные, трудно исчезают или не исчезают, даже после коитуса, часто с болью в половом члене. Иногда половой акт лишь усиливает боли. Спонтанные эрекции очень частые, трудноисчезающие. Поллюций (у живущих половой жизнью) чаще не бывает

Форма синдрома импотенции	Основные признаки синдрома
Сперматорея и простаторея (диагностическое значение имеет только у лиц, не живущих половой жизнью)	Частое выделение семенной жидкости или простатического сока, не связанное с половым возбуждением (при испражнениях, натуживании или самопроизвольно). Могут быть боли и неприятные ощущения в области тазовых органов
Усиление полового влечения	Половое влечение значительно повышено (обычно к разным женщинам), адекватные эрекции, половые связи совершаются часто и протекают бурно или переживается высокая потребность в них. Спонтанные эрекции частые. Наличие поллюций зависит от частоты половых связей

ПОЛОВЫЕ РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С БОЛЕЗНЯМИ ПСИХИКИ

Нарушения половой функции при истерии

Истерия (или истерический невроз) – психогенно обусловленное заболевание, развивающееся легче в условиях неблагоприятной социальной среды у лиц художественного типа в сочетании с общей слабостью нервной системы, особенно коры головного мозга и второй сигнальной системы. Хотя на долю истерии приходится небольшой процент больных импотенцией, тем не менее они представляют большой интерес. Описан широкий диапазон нарушений со стороны двигательной, чувствительной, половой сферы, речи, органов чувств, психики и т. д. Сочетание многих симптомов с особенностями окружающей социальной среды и психики больного чрезвычайно затрудняет анализ истерии и сопутствующих ей половых расстройств. Несмотря на разнообразие и многочисленность проявлений, истерические нарушения имеют общий механизм развития, открытый И. П. Павловым. Этот механизм представляется в виде «условной приятности или желательности болезненных симптомов» (И. П. Павлов).

Последние в известной степени являются для больных желательными, приятными, дающими «определенные житейские выгоды – либо выход из тяжелой ситуации, либо уход от ставшей несносной действительности». При истерии почти всегда имеются более или менее выраженные нарушения половой функции, но обращаются с жалобами на эти нарушения только те больные, у которых они составляют основную причину болезни. Случается, что мужчина при определенном стечении обстоятельств пытается совершить половой акт вопреки своему моральному убеждению и духовным взглядам. Однако скрытое нежелание сближения и в связи с этим условная приятность или желательность его неудачи приводит в таких случаях к торможению полового влечения, эрекции и оргазма. Основой угнетения сексуального влечения и оргазма следует считать торможение в системе безусловных половых рефлексов. В основе торможения эрекционной функции может лежать свойственное истерии тормозное состояние клеток коры больших полушарий различной глубины и экстенсивности. В наиболее выраженных случаях при дозированном определении болевой чувствительности с помощью алгезиметра отмечается ги-пестезия, т. е. снижение чувствительности, мошонки и головки полового члена. В качестве примера развития импотенции по истерическому механизму предлагается следующее наблюдение.

Больной К., 25 лет, студент V курса. Обратился с жалобами на отсутствие достаточных адекватных эрекций. Не курит, алкоголь не употребляет. Мастурбацию отрицает. Половая жизнь с 21 года. Имел несколько нормальных половых актов, в том числе с нелюбимой сту-

денткой того же курса. Однако после того как у нее наступила беременность, больной в силу ряда обстоятельств был вынужден на ней жениться. Все попытки к интимной близости с женой оказались тщетными ввиду отсутствия адекватных эрекций. Торможение эрекционной функции явилось условно приятным или желательным симптомом, приведшим, в конце концов к расторжению тягостного для него брака. Со стороны внутренних и мочеполовых органов, а также нервной системы отклонений от нормы не выявлено. Диагноз: психическая импотенция с торможением эрекционной функции по истерическому механизму.

Приведенный пример показывает возможность развития сексуального невроза по истерическому механизму у лиц без каких-либо общих признаков невроза.

Сексуальные расстройства при истерическом неврозе, как и при других неврозах, наряду с торможением половой функции могут сопровождаться и ее перевозбуждением. Основа развития кроется в положительном влиянии головного мозга. Л. Б. Гаккель в 1960 г., описывая половые расстройства у таких больных, указывает на механизм «возврата к инстинктивной и эмоциональной жизни, т. е. рефлекторной деятельности, к древнейшим приспособленным механизмам, общим с животным миром». Эта форма психической импотенции протекает бурно, с выраженной неконтролируемой гиперсексуальностью, что находит свое выражение в перевозбуждении 2–3, а иногда всех звеньев полового акта.

От истерической импотенции следует отличать торможение половой функции, возникающей по механизму внешнего торможения (например, под влиянием раздражителей, вызывающих ориентировочную, родительскую, болевую, оборонительную или другую безусловную реакцию). В отличие от истерической импотенция в этих случаях не является условно приятной или желательной. У истеричных личностей неправильные представления о функциях организма (которые особенно часто встречаются по отношению к половой функции) сами вызывают объективно наблюдаемые функциональные расстройства деятельности тех же органов благодаря облегченному переходу психического в органическое.

При истерии, сопровождающейся яркой симптоматикой и острыми невротическими срывами, часто наблюдаются изменения эндокринной системы, влияющие на нервные регуляторные механизмы. На пике истерии импотенция развивалась у 7 % больных. Более половины больных имели истерические черты до заболевания (с детства), и соответствующие травмирующие психику моменты лишь создали условия для угасания их высшей нервной деятельности. В этих случаях заболевание развивалось остро, и больной мог точно указать на время его начала. У остальных обострение невротических расстройств истерического типа произошло в процессе самого заболевания или до него под влиянием трудных ситуаций.

Нарушения половой функции при психастении

По И. П. Павлову, психастения – невроз людей, принадлежащих к мыслительному и слабому общему типу высшей нервной деятельности, особенно подкорки и первой сигнальной системы, что выражается в потере чувства реального. Наиболее характерными признаками психастерии считаются тревожно-мнительный характер и навязчивые состояния, из которых следует различать две группы:

- 1) навязчивые явления возбуждения;
- 2) навязчивые явления торможения.

Основой навязчивости и сопутствующих психических половых расстройств является патологическая слабость психических процессов. В основе половых расстройств, сопровождающихся стойкими перевозбуждениями половой функции, лежит патологическая слабость возбудительного процесса. К основным проявлениям последней относятся высокая степень полового влечения, преждевременные эякуляции, навязчивые сексуальные устремления, психический и физический онанизм навязчивого характера, явления полового преобладания над другими помыслами, частые поллюции на фоне эротических сновидений и т. д. Помимо пере-

численных сексуальных нарушений, психастенический невроз может стать причиной психической импотенции с торможением половой функции. Основу этого состояния составляют свойственные психастении легкость развития тормозного процесса и его слабость. Если при гиперстенической форме неврастения возбуждение половой функции развивается под влиянием слабых механических или условно-рефлекторных раздражителей, то при психастении торможение эрекционной (реже эякуляционной) функции возникает по каждому ничтожному поводу, постоянно, стремительно, преждевременно. Отсюда у таких больных только при одном представлении о возможности полового акта возникают постоянные сомнения и страхи, такие как боязнь неудачи, заражения, оплодотворения или, напротив, бесплодия, боязнь быть застигнутым врасплох, постоянная неуверенность в своих половых способностях. Сомнения и страхи усугубляются еще больше под влиянием незначительной психической травмы или какого-либо урологического заболевания, как, например, фимоз, водянка яичка, баланопостит. Из психогенных моментов предрасполагают к возникновению фобий неудачи неотвязные воспоминания о случайном неудачном половом акте, мысли о вычитанных и услышанных больными роковых последствиях онанизма, которые фиксируются в сознании больного психастенией в результате повышенной эмоциональной вязкости. Это своего рода отрицательная психотерапия с установкой на половую неполноценность и непоправимость своего положения в связи с преувеличенной значимостью онанизма. Установки на неудачу в сексуальной ситуации могут быть связаны также со страхом перед дефлорацией, чрезмерной идеализацией жены с ее повышенной требовательностью.

И. П. Павлов, характеризуя больных психастенией, указывал: «Масса раздражителей действует через первую сигнальную систему, определяет поведение человека. Если же берет верх вторая сигнальная система, она тормозит выработанные рефлексы. Отсюда неумение себя держать, неуверенность в себе, неприспособленность к жизни». Психастеники чрезмерно преувеличивают трудности, с которыми сопряжено совершение полового акта, особенно первого. Все у психастеников вызывает страхи. «Как бы чего не вышло» говорит имеющий психастенический склад личности чеховский герой Беликов. В результате патологической слабости процессов головного мозга образовавшийся у больных психастенией ненормальный условный половой рефлекс не угасает или угасает крайне медленно. Он, по выражению И. П. Павлова, становится «незакономерно устойчивым». Особенно упорными становятся те патологические половые рефлексы, выработка которых сопровождалась реакцией аффекта.

М. И. Мухитдинова в 1956 г. экспериментально подтвердила особую трудность угасания условных рефлексов при синдроме навязчивости. Трудность развития угасательного и других видов внутреннего торможения она также связывала с патологической слабостью возбуждательного процесса. Чрезвычайная впечатлительность у больных психастенией предрасполагает к развитию импотенции. Например, у больного Ц., перенесшего гонорею, половая слабость стала прогрессировать после того, как он прочитал брошюру, в которой среди других осложнений гонореи имелось указание на ослабление половой деятельности. Физиологическую основу навязчивых сомнений относительно реализации полового акта следует усматривать в наличии двух конкурирующих очагов возбуждения в коре головного мозга, из которых один, связанный с опасением, тормозит другой, обуславливающий выполнение половой функции.

Л. Б. Гаккель многие годы изучал механизмы навязчивых состояний. Он указал, что очаг патологического слабого возбуждения, лежащий в основе явлений навязчивости, может иметь характер главенствующего. Основу характера больных психастенией составляют постоянные колебания перед возникающей альтернативой, которые, по-видимому, свидетельствуют о нарушении индукционного торможения. Колебания и неуверенность больные испытывают не только при выборе тех или иных действий, но и в оценке правильности собственных мыслей и собственных чувств. В связи с этим больной находится в сложном лабиринте самоанализа и самооценки, из которого ему бывает очень трудно выбраться и прийти к определенным убеж-

дениям. Из-за отсутствия задержки других образов, воспоминаний и впечатлений возникают трудность апперцепции, удлинение времени реакции и дезавтоматизация многих из них. Сами по себе психастенические черты личности (при отсутствии патологических явлений навязчивости или страха) обуславливают сравнительно низкий уровень половой функции у таких мужчин. Даже при высоком половом темпераменте у них бывают лишь кратковременные периоды выраженной половой активности, так как она проявляется типологическими особенностями личности. Среди таких мужчин не встречали ни одного с бурным проявлением половой страсти. Это объясняется слабостью всего интенсивного и эмоционального фонда и ослабленной связью с действительностью.

Таблица 2 Возраст вступления в брак и процент онанировавших у больных неврозами

Наименование заболевания	Холостых, %	Возраст вступления в брак			не онанировали, %	Онанировали, %	
		до 20 лет	от 26—30 лет	старше 30 лет		физический онанизм	психический онанизм
Психастения	33	—	11	56	48	11	41
Невроз навязчивости	30	50	13	7	38	60	2
Неврастения	16	68	13	3	35	64	1
Истерия	7	57	36	—	14	86	—

Диагностический интерес представляют данные о возрасте вступления в брак и частоте занятия онанизмом у больных при разных формах неврозов (в процентном отношении к числу заболеваний каждой группы) (см. табл. 2).

Среди больных психастенией более половины женились в возрасте старше 30 лет (некоторые старше 35 лет), и ни один человек не вступил в брак до 26 лет. Общее число онанировавших мало отличается от других групп. Но большинство из них занималось психическим онанизмом. Несомненно, что эти обстоятельства обусловлены психастеническими чертами характера – нерешительностью, трудностью в изменении привычного образа жизни, неуверенностью в себе, склонностью к отвлеченным мечтаниям и грезам. В картине проявлений психастении преобладали синдромы импотенции, развившиеся по механизму навязчивого страха, боязни и неуверенности, что приводило к нарушениям либидо, эрекционной фазы и оргазму 90 % от всего числа больных психастенией. Оставшиеся 10 % – с нарушением и эякуляционной фазы – наряду с личностными особенностями имели вегетативные нарушения с преобладанием рефлекторной возбудимости симпатического отдела.

Половые расстройства по типу сексуального невроза

В. Н. Мясищев в 1963 г., исходя из понимания воспринимающего органа – коры головного мозга, рассматривал неврозы органов как психогенные нарушения. Он считал, что более правильно называть эти заболевания системными неврозами, что соответствует павловским взглядам о «больных пунктах» в коре головного мозга. По В. Н. Мясищеву, системные нев-

розы характеризуются рядом отличительных особенностей. Главное состоит в том, что нарушается не функция органа в целом, а лишь одна или некоторые стороны деятельности органа. Так, проявления системного невроза могут ограничиться только рвотой при отсутствии других желудочных нарушений, только импотенцией, только тахикардией и т. д. Больные с этими симптомами вследствие фиксации внимания тревожно ожидают повторения их, и они при определенных условиях неизбежно наступают. На основании анализа и данных многочисленных исследований высшей нервной деятельности можно сделать вывод, что психическая импотенция, возникает как системный невроз, в других – как проявление общего невроза, чаще всего неврастенического. Механизмы развития системных (половых) неврозов могут быть самыми различными. В работе практического врача довольно часто встречаются сексуальные неврозы, возникшие по типу нарушения условнорефлекторной регуляции половой функции. Для правильного и быстрого формирования условных половых рефлексов необходимы следующие условия:

- 1) анатомо-физиологическая сохранность коры головного мозга, которая должна быть свободной от какого-либо постороннего возбуждения и посторонней деятельности;
- 2) выраженность в достаточной степени безусловного полового рефлекса;
- 3) своевременное и нормальное начало половой жизни.

Биологическое назначение выработанных условий половых рефлексов определяется тонким и точным уравниванием организма с окружающей средой, выработкой необходимых поведенческих реакций относительно реализации или торможения полового акта в соответствии с неизбежными и частыми изменениями внешней обстановки. Сущность условно-рефлекторной регуляции половой функции состоит в том, что бесчисленные сигнальные раздражители внешней среды не только способны возбуждать половую функцию, но и при определенных условиях могут менять свое физиологическое действие, превращаясь в тормозные.

1. Нарушение половой функции по механизму неправильного развития угасательного торможения.

Обычно у здоровых людей без каких-либо признаков невроза развивается торможение условных половых рефлексов в результате того, что условный половой раздражитель длительно не подкрепляется безусловным, каковым является в данном случае, половой акт. В результате развивается торможение по описанному И. П. Павловым механизму угасания, представляющее один из видов внутреннего торможения. В этом механизме заложен глубокий биологический смысл: угасают те условные половые рефлексы, которые не подкрепляются безусловным и не представляют, следовательно, жизненной необходимости в смысле сохранения и поддержания вида. У 12 наблюдаемых больных импотенция по механизму угасания развивалась после длительных командировок и экспедиций, пребывания в местах тюремного заключения, дальнего плавания, т. е. там, где условные половые раздражители не находили своего безусловно-рефлекторного подкрепления. В данном случае физиологическое торможение условных половых рефлексов, рассматриваемое обычно в рамках нормальной компенсаторной реакции, переходя в свою противоположность, становилось патологическим. По этой причине нельзя противопоставлять друг другу патологические и физиологические процессы. Их нужно рассматривать в диалектически противоречивом единстве, поскольку между ними существует неразрывная связь. Патология возникает на основе физиологии, т. е. не норма – результат искажения нормы. Часто элементы патологии имеют место в физиологических процессах (и наоборот). Например, преждевременная эякуляция – сама по себе патологический фактор, но после длительного полового воздержания – явление физиологическое. Или угасание длительно не подкрепленных условных половых рефлексов – физиологический процесс. Но если угасательное торможение дает себя знать в торможении сексуального влечения и эрекционной функции после устранения причины, вызывавшей торможение (например, по возвращении из дальнего плавания, экспедиций), то развивается патологическое состояние – импотенция, тре-

бующая специального лечения. Развитие импотенции по механизму угасания условных половых рефлексов можно рассмотреть на примере. Больной К., 25 лет, семейный. В возрасте 12 лет перенес брюшной тиф, в 16 лет – сухой плеврит, нервно-психические и венерические болезни отрицает. Мастурбация с 15 до 16 лет, единичные акты. Прибыл из города с жалобами на редкие и вялые эрекции, несколько сниженное сексуальное влечение с момента полового созревания. Половая жизнь с 24 лет. В течение нескольких месяцев имел нормальные половые акты 1–2 раза в неделю. Затем на протяжении года, находясь в командировке на Крайнем Севере, половой жизнью не жил.

Первые 2–3 месяца были частые половые возбуждения с достаточной эрекцией. Последние, не находя безусловно-рефлекторного подкрепления, стали постепенно угасать и вскоре почти совсем прекратились. После возвращения из командировки пытался совершать половые акты. Однако последние не удавались из-за отсутствия достаточной эрекции.

Неврологический статус: больной спокоен, уравновешен, обстоятельно и логично отвечает на вопросы. Сотрудники по работе характеризуют его как человека с железными нервами. Если судить о характере высшей нервной деятельности по данным ассоциативного эксперимента, то можно заключить о снижении подвижности психических процессов, особенно на конфликтные слова. При обследовании мочеполовых органов патологических изменений не обнаружено.

Диагноз: психическая импотенция, возникшая по механизму угасания условных половых рефлексов.

Данная форма импотенции, при которой определяется изолированное поражение сексуальной функции, может рассматриваться в рамках системного невроза. Физиологическое угасание условных половых рефлексов из физиологической меры защиты нервных клеток от бесцельного перевозбуждения перешло в состояние патологическое. Напротив, у больных с резким преобладанием возбудительного процесса над тормозным (например, у больных гиперстенической формой неврастения) угасание условных половых рефлексов совершенно не развивается либо развивается с большим трудом.

2. Нарушение половой функции по механизму условного торможения.

Любой тормозной агент (например, присутствие постороннего лица), сочетаясь в прошлом с момента полового акта или предшествуя ему, может в дальнейшем оказывать свое тормозящее влияние. Среди тормозных агентов, препятствующих реализации полового акта, важное место занимают неблагоприятные жилищные условия, особенно в период формирования условных половых рефлексов.

Так, у больного Б., врача по специальности, половые акты не удавались на протяжении почти 2 лет после женитьбы из-за того, что в той же комнате жили родители жены. Имевший место условный тормоз оказался зафиксированным и после того, как больной стал оставаться с женой наедине.

Растормаживание психического торможения эрекционной функции наступило после устранения условного тормоза путем улучшения жилищных условий и повторных применений эректора, позволявшего совершать половые акты при отсутствии достаточных эрекций. В настоящее время сексуальная жизнь нормализовалась. Жена дефлорирована (т. е. лишена девственности) и беременна.

Другие больные ослабление или полное выпадение эрекционной функции связывали с повторными впечатлениями неприятного характера, исходящими от женщины до или в момент половой близости. Эти отрицательные воздействия могут касаться как первой сигнальной системы, когда больные указывают на неприятные физические особенности партнерши, так и второй сигнальной системы – в виде «идеологических разногласий», нетактичных грубых замечаний женщин в адрес половой способности больных. Условно-рефлекторный характер импотенции, связанной именно с этими условными тормозами, подтверждается и тем, что

больные могут без труда совершать половые акты с другими женщинами, свободными от этих недостатков.

3. Развитие импотенции вследствие слабости запаздывающего торможения.

Подобные больные, не имевшие до этого половой близости, обращали внимание на то, что в первый же момент истинного контакта с женщиной у них возникали сильные половые возбуждения, сопровождаемые достаточной эрекцией. Однако спустя более или менее отдаленный промежуток времени эрекция всякий раз исчезала после получения согласия женщины на половую близость. В данных условиях необходимость выработки запаздывающего торможения не реализуется вследствие ослабления активного внутреннего торможения. Правильно проведенный патогенетический анализ с последующим назначением препаратов, усиливающих процессы активного внутреннего торможения, и рациональная психотерапия с разъяснением больным причин неудачи с рекомендацией вступления в брак сравнительно легче устраняют этот недуг. Поскольку запаздывающее торможение, связанное с развитием эрекционной функции, вырабатывается постепенно в процессе нормальной супружеской жизни, то неслучайным оказывается тот факт, что большинство из этой категории больных относилось к числу совершавших половые акты впервые.

Таким образом, отрицательные условные половые рефлексы, формирующиеся по механизму угасания, условного тормоза и запаздывания, имеют чрезвычайно важное биологическое и социальное назначение. Благодаря им постоянно корректируется и совершенствуется сигнализационная деятельность больших полушарий, направленная на реализацию или торможение половых отправлений, чем обеспечивается тонкое и точное уравнивание организма с окружающей средой.

4. Импотенция по механизму патологического формирования условных половых рефлексов.

Психические условно-рефлекторные механизмы, регулирующие половую функцию, настолько разнообразны, что без выяснения порой мельчайших подробностей половой жизни больного, без глубокого проникновения в его интимный мир невозможно понять сущность заболевания и дать надлежащие рекомендации, имеющие терапевтическое назначение. Условно-рефлекторный характер нарушения половой функции может наблюдаться вне связи с патологическим развитием различных видов внутреннего торможения, вне связи с описанными невротами.

Случайные отклонения со стороны половой функции, носящие физиологический характер, а тем более связанные с какими-либо соматическими и местными заболеваниями, могут в последующем, особенно при их повторении, зафиксироваться в корковом представителе с образованием «больного пункта». Больной К., 32 года, женат. Наследственность неотягощена, интоксикации отрицает. В анамнезе – мастурбации, отклонений от нормальной половой жизни не было. В течение 4 лет совершал половые акты с женой 3–4 раза в неделю, однократно, с достаточной эрекцией и продолжительностью. Приехал в Москву для учебы в аспирантуре. После 6-месячного перерыва в состоянии сильного полового возбуждения пытался совершить половой акт с посторонней женщиной. Эякуляция и замечание женщины по этому поводу фиксировали внимание больного. Тревожное ожидание относительно повторения подобного явления привело к тому, что в течение 7 месяцев половые акты протекали с преждевременной эякуляцией. В данном случае само по себе физиологическое явление, связанное с длительным половым воздержанием, оказалось психогенно зафиксированным. Заслуживает внимания тот факт, что по возвращении больного к жене половая функция в смысле продолжительности акта довольно быстро нормализовалась. При описании условий, способствующих правильному и быстрому формированию условно-рефлекторных сексуальных комплексов, среди других причин упоминалась достаточная выраженность безусловного полового рефлекса, что не всегда учитывается врачами при опросе больных. Наиболее типичными формами психиче-

ской импотенции, возникающей по механизму упрочившихся условных рефлексов, считаются те, которые связаны с первыми неудачными актами, совершенными в неподходящей обстановке, в состоянии алкогольного опьянения. Патологическое формирование условных половых рефлексов может происходить не только на почве упрочнения случайно обнаруженных отклонений во время интимной близости, но и в результате психогенного фиксирования эротического возбуждения, предшествующего началу половой жизни. Например, если у больных, имевших в анамнезе мастурбацию, половой акт не соответствовал совокупности сексуальных ощущений, получаемых во время мастурбации, то подобное обстоятельство в начале половой жизни может привести к нарушению суммации специфических раздражений, необходимых для достижения порога возбудимости эякуляционного центра.

5. Нарушение половой функции по механизму внешнего торможения.

Половые расстройства, постепенно развивающиеся по механизму условного торможения, не следует смешивать с теми формами импотенции, которые возникают внезапно, остро, в результате резкой смены привычных наиболее оптимальных условий сближения. Подобного рода нарушения половой функции развиваются по механизму внешнего торможения. Они характеризуются тем, что, как только в центральной нервной системе возникает другая посторонняя нервная деятельность, она сейчас же дает себя знать в виде уменьшения или исчезновения условных рефлексов, но временно, пока существует обусловивший ее раздражитель или его последствие. С целью раскрытия многочисленных вариантов психической импотенции, развивающихся по механизму внешнего торможения, следует напомнить, что половой акт как естественная целостная доминанта протекает в норме по типу цепной реакции, состоящей из отдельных рефлекторных звеньев: сексуальное влечение – эрекция – эякуляция – оргазм. Однократное воздействие неожиданно возникающего интенсивного раздражителя может нарушить эту цепную рефлекторную реакцию, в которой каждый предшествующий рефлекс готовит наступление последующего. Многочисленные внешние раздражители, способные нарушить нормальное течение цепной реакции, могут относиться как к первой, так и ко второй сигнальной системе. При кратковременных нарушениях половой функции под влиянием однократных внешних воздействий, обуславливающих развитие внешнего торможения, как правило, на прием к врачу не приходят вследствие легкой обратимости явлений.

Психическая импотенция, возникающая на почве психогенных влияний, в одних случаях выступает как системный невроз, в других – как проявления общего невроза, чаще всего неврастенического и психастенического. Физиологическое торможение условных половых рефлексов, возникающее по механизму угасания, условного тормоза, внешнего торможения и иного, может оказаться зафиксированным и в дальнейшем способно проявляться в торможении различных звеньев полового акта, несмотря на устранение причины, обусловившей это торможение.

Половые расстройства при психопатии

Сексуальные нарушения, связанные с отклонением от нормы сексуального влечения, эрекции, эякуляции и оргазма в сторону патологического торможения или перевозбуждения, часто наблюдаются и при психопатии. Эти нарушения рассматриваются также в рамках половых расстройств психического генеза, поскольку они обусловлены главным образом особенностями психической деятельности больных. В современной трактовке психопатии в России впервые встречаются в работах И. М. Балинского (1884). Психопатами он называл людей, которые «психоза не обнаруживают, но не могут быть отнесены и к здоровым». В. Х. Кандинский в 1883 г. характеризовал психопатию как вариант ненормального развития личности, обусловленного главным образом внутриутробными травмами и перенесенными заболеваниями головного мозга в раннем детстве. В работе «Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика» П. Б. Ганнушкин (1933), писал, что нередко, сталкиваясь с психопатическими

проявлениями, мы невольно получаем впечатление чего-то недоразвитого, детского. Таковы повышенная внушаемость, склонность к преувеличению и чрезмерно развитая фантазия у истеричных субъектов, эмоциональная неустойчивость у эмотивно-лабильных и конституционно нервных, слабость воли у неустойчивых психопатов. Д. Д. Федотов, А. А. Портнов (1957) определяют психопатии как состояния неполноценности личности, выражающиеся главным образом в неправильном формировании характера и в ненормальной (повышенной) чувствительности к психогенным воздействиям.

Приводимая ниже характеристика половых расстройств, наблюдаемых при психопатии, дается дифференцированно, в зависимости от степени общей и половой возбудимости. У астенических возбудимых аффективно неустойчивых психопатов общее и половое возбуждение может наступать по каждому ничтожному поводу. Часто они не дают отчета в своих действиях, необоснованно конфликтуют, вступают в драки. Возбуждающее влияние коры головного мозга на половую функцию проявляется резко повышенным половым влечением. На фоне последнего легко развиваются онанистические эксцессы, немотивированные поступки, половые преступления и извращения. Эякуляция ускорена. Эрекция непостоянна. В ряде случаев отсутствие элементарного приспособления к условиям, в которых находились больные, толкало их к совершению полового акта в неадекватной обстановке, что нередко приводило к неудачам. Эти неудачи расценивались больными не с точки зрения соответствия обстановки, а с позиции своей половой неполноценности. Неудачные попытки к интимной близости воспринимались больными чрезвычайно остро, с ярко выраженной эмоциональной окраской. Нередко они сопровождалась суицидальными мыслями и попытками. Больные, по сути дела, не поддавались разъяснительной корригирующей психотерапии или поддавались с большим трудом вследствие неспособности к рациональной переработке окружающей действительности. Примером может служить следующее наблюдение.

Больной Н., 28 лет, холостой. Алкоголь употребляет 3–4 раза в месяц по 200–250 мл. До сих пор имел 10–12 половых актов, совершенных в состоянии алкогольного опьянения. Пытаясь совершить очередной половой акт в неадекватных условиях (в тамбуре вагона), испытал неудачу, после которой обратился за лечебной помощью. При врачебном обследовании вел себя агрессивно, высказывал суицидальные мысли, так как считал себя в половом отношении неполноценным, страдающим тяжелой формой импотенции. В дальнейшем, около 3 лет, попыток к совершению полового акта не предпринимал. Различные виды психотерапии успеха не дали.

Половые расстройства при психических заболеваниях

Опыт работы сексологического кабинета Центрального кожно-венерологического института показывает, что порой к практическим врачам, ведущим прием по половым расстройствам, обращаются больные, у которых нарушения половой функции нередко являются первыми признаками психических заболеваний. Краткое знакомство врачей различного профиля со спецификой последних необходимо для их правильного диагностирования и своевременного направления больных к соответствующим специалистам для лечения основного заболевания. У больных с половыми извращениями нормальные половые раздражители могут оказаться тормозными, а наоборот, тормозные, запрещаемые воспитанием и социальной средой, могут приобретать положительное действие.

По данным исследований наиболее частыми причинами сопутствующих половых расстройств были шизофрения, циклотимия, реже эпилепсия, олигофрения.

Шизофрения

Неоднократно приходилось наблюдать больных, у которых шизофрения дебютировала половыми расстройствами. Среди ранних симптомов особенно часто отмечалось нарушение полового влечения как в сторону ослабления, так и чрезмерного перевозбуждения. Больные, обратившиеся с жалобами на полное отсутствие полового влечения, хотя и совершали половые акты с достаточной эрекцией, но только по принуждению жены. Подобная диссоциация между половым влечением и эрекционной функцией, а также между сексуальным влечением и оргазмом показывает, что половая функция осуществляется у них без надлежащей верховной координации. У других больных наблюдались дискоординации между эрекционной и эякуляционной функциями. Клинически они выражались редуцированными поллюциями, когда эякуляции наступали днем или ночью без предварительной эрекции и с постоянным оргазмом. Такая несогласованность эрекционной и эякуляционной функций связана с нарушением межцентральных нервных соотношений. Своеобразный характер половых расстройств встречался у больных параностоятельной формой шизофрении в стадии компенсации. Некоторые из них причину отсутствия достаточной эрекции объясняли пагубным действием особых аппаратов, другие считали причиной нарушения эрекционной функции злонамеренные действия жены, медицинского персонала, которые якобы подсыпали в чай или подмешивали к лекарственным веществам препараты, способные избирательно угнетать половую функцию. Больные ипохондрической формой шизофрении, несмотря на повышенное половое влечение и достаточные эрекции, часто не предпринимали попыток к совершению половых актов. Они убеждали врачей, что у них недоразвиты половые органы, находили у себя мнимые эндокринные недостатки, уродливость туловища, лица, конечностей, малый рост; считали, что половой акт вызовет усиление болезненного состояния и без того больных половых органов. Большинство из них были холосты, имели цель жениться, но до женитьбы они «в обязательном порядке должны вылечиться от половой слабости». Продолжительность срока лечения колебалась у них от 3 до 15 лет, несмотря на сохранную половую функцию.

Для иллюстрации половых расстройств, наблюдающихся при шизофрении, приведем пример.

Больной К., 47 лет, инвалид II группы, женат. Отец умер от алкоголизма, мать «больна всю жизнь» (чем больна, указать не смог). Курит по 15 папирос в день. Алкоголь употребляет редко, мало. Перенес дифтерию, сыпной тиф, дизентерию. Онанизмом не занимался. При обследовании урологом и невропатологом предъявлял массу различных жалоб: боли и опухание яичек и полового члена, резко повышенное половое влечение («при виде женщин – весь дрожу»). В течение дня десятки раз по самому ничтожному поводу возникали сильные эрекции продолжительностью до 5 мин и более. Несмотря на наличие сильного полового влечения и хорошо выраженных эрекций, до 44 лет половой жизнью не жил и попыток не предпринимал. Первое время после женитьбы половые акты совершал по 6–7 раз в сутки. Однако вскоре стал испытывать неприятные ощущения в низу живота, в области желудка, половых органах, похолодание тела, резкую слабость. «Слабость достигает такой степени, что едва переставляю ноги». В связи с усилением жалоб ипохондрического характера половые акты стал совершать 1 раз в неделю, затем – 1 раз в месяц и вскоре прекратил совсем, хотя утверждал, что мог иметь сношение несколько раз подряд. Под наблюдением врачей сексологического кабинета находится около 5 лет и всякий раз перед совершением полового акта добывается от них соответствующего разрешения. Одновременно были бредовые высказывания относительно наличия у него наследственной формы сифилиса. Данные исследований исключали возможность сифилитического заболевания. При обследовании половых органов ненормальных изменений не обнаружено. Диагноз: ипохондрическая форма шизофрении с патологическим перевозбуждением полового влечения с эрекционной функцией.

Спустя 2 года на прием явился с женой. Половые акты совершает редко, и то по ее принуждению. Доказывает жене, что врачи якобы запрещают ему половую жизнь. Больной игно-

рирует половой акт потому, что после него, несмотря на высокую степень полового влечения, наступает не облегчение общего состояния, а разбитость и усиление болевых ощущений со стороны мочеполовых органов. Налицо парадоксальные явления: выраженная диссоциация между полностью сохраненной половой способностью и несвойственным этому ритмом сексуальной жизни.

В основе клинических проявлений шизофрении И. П. Павлов усматривал не столько необратимые, сколько обратимые расстройства. Поэтому становятся понятными изменчивость и динамичность половых нарушений, а также возможность их нормализации.

Олигофрения

При олигофрении отмечается недоразвитие высшей нервной деятельности с присущими ей патологическими особенностями. Исследуя данную категорию больных, установили, что выработка новых условных рефлексов затруднена. Если и происходит образование условных связей, то они отличаются неустойчивостью. Пониженная способность коры головного мозга к аналитико-синтетической деятельности составляет основу интеллектуальной отсталости и неспособности к оценке новой ситуации.

В. К. Федоров и К. М. Веденеев на основании многочисленных физиологических наблюдений пришли к выводу, что при раннем слабоумии происходит некоторое выключение деятельности коры головного мозга, вследствие чего обнаруживаются подкорковые безусловные рефлексы в их примитивных формах. Если олигофрения сочеталась с недоразвитием половых органов, то больных с диагнозом «эндокринная импотенция» направляли к эндокринологу.

Из 10 наблюдаемых больных олигофренией можно было выделить две группы – гипертенические олигофрены и астенические. Первые из больных отличались повышенной общей и половой возбудимостью, моторной расторможенностью, склонностью к аффектным реакциям. Резко выраженные низшие влечения предрасполагали к частому возникновению спонтанных эрекций и онанистическим эксцессам. Часто нормальная половая способность не удовлетворяла больных. Поэтому приходилось критически относиться к их жалобам. Из сексуальных перверсий выявлены гомосексуализм у 1 больного и эксгибиционизм у 1 больного. У астенических олигофренов 4 больных отличались общей заторможенностью, вялостью, тяжелыми изменениями настроения. На прием к врачу они являлись в сопровождении родственников. Вследствие пониженного полового влечения они не проявляли интереса к женщинам, не ставили перед собой задачи относительно создания семьи.

Из половых нарушений, характерных для больных обеих групп, следует назвать торможение адекватных эрекций. Кортикальный механизм торможения эрекционной функции объясняется как недоразвитие соответствующей функционально динамической системы, обеспечивающей тонкое и точное приспособление половой функции в соответствии с требованиями внешней среды. Данное положение поясняет причины затрудненной выработки условных половых рефлексов, способствующих развитию эрекции и полового влечения по отношению к определенной женщине, несмотря на сохранность у всех больных спонтанных эрекций, а у 6 из них – и высокого полового влечения.

Циклотимия

Под циклотимией психиатры понимают смягченную форму маниакально-депрессивного психоза. Отличительными чертами обоих заболеваний считается повторяемость маниакальных и депрессивных приступов, которые могут сменять друг друга непосредственно или развиваться после более или менее длительного светлого промежутка. Динамичность половых нарушений при циклотимии объясняется стадийностью развития заболевания. В маниакальной стадии выявляется повышенная эротичность, которая развивается на фоне высокого полового влечения и сопровождается перевозбуждением других рефлекторных звеньев полового акта. Деятельность больных направляется на поиски любовных приключений. Они настой-

чиво требуют назначения сильнодействующих средств, пытаются демонстрировать рисунки на сексуальные темы, совершать половые акты в неподходящих условиях, со случайными женщинами. В депрессивной стадии наряду с угнетением полового влечения отмечается снижение половой активности. Даже при наличии достаточных спонтанных эрекций больные месяцами не предпринимают попыток к половой близости.

Перевозбуждение и угнетение условных и безусловных рефлексов, наблюдаемых в разное время у больного циклотимией, определяются функциональным состоянием коры и подкорки и соответствующим влиянием их на спинальные половые центры.

Эпилепсия

Для больных эпилепсией, вынужденных длительное время принимать препараты седативного действия, характерным является торможение полового влечения, эрекции, эякуляционной и оргастической функций, особенно в первые дни после эпилептического припадка. Кроме того, у больного в возрасте 20 лет, не имевшего половых актов, во время сумеречных состояний отмечались онанистические эксцессы. Последние совершались в присутствии посторонних лиц, на что указывали родственники, сопровождавшие больного.

Спинальная импотенция

К спинальной импотенции относятся случаи полового бессилия, зависящего от первичного поражения (органического или функционального) спинномозговых половых центров.

Спинальная импотенция, как правило, характеризуется то патологическим повышением возбудимости, то различной степенью ее понижения (вплоть до полной потери возбудимости заложенных в спинном мозгу центров эрекции и эякуляции).

Часто речь идет о качественном различии одного и того же патологического процесса, так как стадия повышенной возбудимости спинальных половых центров сменяется раньше или позже функциональным истощением и понижением их возбудимости. При этом в случае патологического повышения возбудимости обоих центров раньше истощается легковозбудимый эрекциионный центр, в то время как более стойкий эякуляционный центр еще продолжает длительно находиться в состоянии раздражения. При длительном существовании патологического процесса в конечном итоге наступает функциональное истощение обоих центров.

Однако такая последовательность не является обязательной; у ряда больных под влиянием тех или иных патогенных факторов постепенно развивается прогрессирующее функциональное истощение спинальных половых центров без предварительной стадии патологического их возбуждения. Весьма редко встречаются понижение или полная потеря возбудимости только одного эякуляционного центра при сохранении нормальной функции центра эрекции. В соответствии со сказанным различают следующие виды спинальной импотенции:

- 1) с повышением возбудимости обоих центров – эрекции и эякуляции;
- 2) с повышением возбудимости эякуляционного и понижением возбудимости эрекциионного центра;
- 3) с понижением возбудимости обоих центров;
- 4) с понижением (отсутствием) возбудимости эякуляционного центра при нормальной функции эрекциионного центра. Многочисленные симптомы при перечисленных группах спинальной импотенции различны.

При повышении возбудимости обоих центров эякуляция нормальна, но часто и быстро наступает по ничтожному поводу (факт, который не всегда привлекает внимание больного). Семязвержение наступает быстро, иногда еще до начала полового акта. Некоторые больные жалуются на учащенные ночные поллюции, значительно реже – на дневные.

Если повышается возбудимость центра эякуляции и понижается возбудимость эрекциионного центра, имеет место быстрое семязвержение при более или менее ослабленной эрек-

ции. Ночные поллюции также происходят при недостаточной эрекции. В случаях функционального истощения обоих центров клинические проявления варьируются в зависимости от степени понижения возбудимости этих центров, причем она может колебаться в самых широких пределах – от возбудимости, почти близкой к норме, до полного ее исчезновения.

Для этой группы больных характерно более или менее выраженное ослабление как адекватной, так и неадекватной (спонтанной) эрекции. В более легких случаях заболевания эрекция несколько ослаблена, но все же достаточна для половых сношений, хотя и с более длительными, чем это имело место раньше, перерывами между ними. Временами эрекция вполне нормальна, утренняя эрекция в этой стадии сохраняется. При более значительном понижении возбудимости половых центров эрекция наступает с трудом, иногда после искусственного механического раздражения полового органа, причем она часто недостаточна для совершения полового акта. Некоторым больным сношения удаются лишь при особых, противоестественных условиях. Эрекция при этом кратковременная и нередко становится вялой еще в то время, когда половой член находится во влагалище; эякуляция нередко запаздывает, оргазм понижен.

Наконец, при полной потере возбудимости половых центров эрекция и эякуляция полностью прекращаются и ни при каких условиях не наступают. У некоторых больных в этой стадии заболевания удается наблюдать ряд других характерных признаков:

- 1) вялость полового члена, имеющего багровую окраску;
- 2) дряблость яичек;
- 3) исчезновение тактильной чувствительности головки полового члена (т. е. чувствительности при прикосновениях);
- 4) исчезновение рефлекса кремастера;
- 5) отсутствие реакции на раздражения со стороны луковично-пещеристых и седалищно-пещеристых мышц;
- 6) понижение чувствительности уретры к инструментальным вмешательствам, в результате чего бужи, катетеры и другие инструменты легко и почти безболезненно проходят в мочевой пузырь.

Половое влечение у больных со спинальной импотенцией обычно сохраняется. Весьма редкой формой половых расстройств является понижение или полное отсутствие возбудимости эякуляционного центра при сохранении нормальной функции центра эрекции. Половое влечение и эрекция у таких больных совершенно нормальны. Однако эякуляция при половом сношении, как бы долго оно ни длилось, несмотря на отсутствие органических препятствий к выделению семени, не наступает; не бывает оргазма.

Причины, вызывающие первичное поражение спинальных половых центров, весьма многообразны. К ним относятся органические заболевания спинного мозга с вовлечением в патологический процесс центров эрекции и эякуляции.

Для иллюстрации можно привести следующую историю болезни, когда у больного на почве органического заболевания спинного мозга наступила импотенция. Больной Г., 42 года, обратился с жалобами на ослабление эрекции. Наследственность не отягощена. В детстве ничем не болел. В возрасте 21 года появились атрофия мышц правой кисти, слабость в ней, повышенная чувствительность к холоду; был поставлен диагноз синингомиелии. Болезнь постепенно прогрессировала; после 10 лет от начала заболевания наступило искривление позвоночника, которое в дальнейшем увеличивалось; спустя еще несколько лет больной стал отмечать неудобства при ходьбе, развилась тугоподвижность правой, а затем и левой ноги. В возрасте 38 лет перенес правосторонний эпидимит, по поводу которого лечился стрептоцидом, согревающими компрессами и диатермией. Курит до 2 папирос в день, алкоголь употребляет редко и в умеренном количестве. Мастурбацию отрицает. Половая жизнь с 24 лет. В течение 11 лет половые сношения были нерегулярными и редкими. В 35 лет женился; в течение 5 лет

была нормальная половая жизнь. 2 года назад стал отмечать недостаточную эрекцию и запаздывание эякуляции, а затем быстрое и резкое ослабление эрекции.

По поводу половой слабости лечился инъекциями пантокрина и прозерина, метилтестостероном. Со стороны мочеполовой и эндокринной систем отклонений от нормы не найдено. При неврологическом обследовании обнаружено диссоциированное расстройство чувствительности в виде правой полукуртки с капюшоном вниз до середины ягодицы. Полное истощение мышц правой кисти предплечья, меньше – левой кисти и межлопаточной мускулатуры. Спастический паралич нижних конечностей с резким повышением рефлексов, клонусом чашек и стоп, двусторонним симптомом Бабинского и Россоломо. Диагноз: сирингомиелия, спастическая нижняя параплегия, импотенция.

Влияние травмы спинного мозга на потенцию зависит от места поражения. Особенно опасной в этом отношении является травматическое поражение поясничного отдела спинного мозга. При этом может наступить изолированное поражение как эрекционного, так и эякуляционного центров. Г. С. Васильченко наблюдал больного со стойким поражением возбудимости эякуляционного центра при функциональной сохранности центра эрекции, сопровождавшимся явлением асперматизма, после двукратной травмы поясничного отдела спинного мозга. В качестве примера может послужить больной с нарушением эрекции после травмы позвоночника.

Больной М., 30 лет. Наследственность не отягощена. В детстве перенес корь и воспаление легких. Венерические болезни отрицает. Половая жизнь с 18 лет, до 23 лет – нормальная. В возрасте 23 лет получил травматическое повреждение костей тела с полным разрывом уретры. После оперативного вмешательства и выписки из стационара наступила половая слабость, выражавшаяся сначала в резком ослаблении, а затем в полном отсутствии как адекватной, так и спонтанной эрекции. С тех пор половых сношений не имеет. В течение 6 лет проводилось лечение различными средствами, но безуспешно, неоднократно подвергался бужированию по поводу травматической стриктуры. При объективном обследовании обнаружен рубец над лобком (результат наложения надлобкового свища) и на промежности (после операции). Мочится свободно, безболезненно. Моча мутновата в обеих порциях, лейкоцитов 50–60 в поле зрения, белка 0,03 %, удельный вес 1018; почечных элементов не обнаружено. Яички и придатки без патологических изменений. Предстательная железа при пальпации в норме. Семенные пузырьки не прощупываются. В секрете предстательной железы 80–100 лейкоцитов в поле зрения, умеренное количество жировых зерен. При хромоцитоскопии отмечены выраженные явления тригонита. Введенный внутривенно индигокармин выделился из устьев обоих мочеточников через 4–5 мин одинаково интенсивно. При неврологическом обследовании обнаружены симптомы поражения пояснично-крестцового отдела позвоночника (ослабление коленного и отсутствие ахиллова рефлексов справа, отсутствие анального и бульбокавернозного рефлексов, симптомов Бабинского слева, понижение чувствительности в области промежности).

Диагноз: травматическое повреждение пояснично-крестцового отдела спинного мозга, травматическая стриктура уретры, хронический цистит и простатит, импотенция.

Поражение спинальных центров может возникнуть в результате воздействия через кровь каких-либо отравляющих веществ. Различные хронические инфекционные заболевания (туберкулез, сифилис и др.), нарушения обмена веществ, интоксикация некоторыми ядами (никотином, алкоголем и др.), оказывая вредное влияние на центральную нервную систему, иногда могут избирательно воздействовать на спинной мозг и вовлечь в патологический процесс половые центры. Однако при указанных патогенных моментах, как правило, речь идет о комбинированном поражении как кортикальных сексуальных механизмов, так и спинальных половых центров. Поэтому при половом бессилии на почве общих инфекций и интоксикаций правильное говорить о кортикоспинальной импотенции.

Более важное практическое значение в этиологии спинальной импотенции приобретают всякие отклонения от нормальной половой жизни (например, половые излишества, прерванный и затягиваемый половой акт, неудовлетворенное половое возбуждение, онанизм). Перечисленные моменты могут оказывать вредное воздействие на кортикальные сексуальные надстройки и половые органы. Наблюдения показали, что патогенное значение этих моментов сказывается прежде всего в чрезмерности нагрузки спинальных половых центров, которые поэтому чаще и резче страдают.

ИМПОТЕНЦИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Заболевания головки полового члена

Изменения чувствительности рецепторных приборов головки полового члена могут вызывать некоторые расстройства половой функции.

При патологическом повышении чувствительности головки наблюдается преждевременная эякуляция, наступающая в резко выраженных случаях в самом начале полового акта. Эрекция обычно не нарушается. При понижении (гипестезия) или полном отсутствии чувствительности (анестезия) головки центр эякуляции во время полового акта получает очень слабые раздражения; в результате семяизвержение запаздывает или совсем не наступает (нейрорецепторный асперматизм). Нередко отмечается и ослабление эрекции. Первичное изолированное поражение чувствительности головки полового члена встречается исключительно редко (например, при ее рубцовых изменениях). Уменьшение нормальной чувствительности головки наблюдается при поражении нервов и симпатических аппаратов, при распространенных полиневритах, органических заболеваниях спинного мозга, особенно при спинной сухотке, а также в результате травматических повреждений позвоночника.

Заболевания предстательной железы Воспаление предстательной железы

Из заболеваний предстательной железы первое место среди причин половых расстройств занимает простатит. Острое воспаление предстательной железы проходит обычно бесследно и не отражается на половой функции. Даже после перенесенного абсцесса предстательной железы не отмечается нарушения половой способности. В большинстве случаев абсцесс предстательной железы ограничивается лишь одной из ее долей; в результате этого оставшаяся часть железы приходит в состояние компенсаторной гипертрофии (т. е. разрастания) и полностью справляется со свойственной предстательной железе функцией. Только в том случае, когда железа полностью разрушается воспалительным процессом (что обычно встречается крайне редко), появляются симптомы полового бессилия. В противоположность острому воспалению предстательной железы хронический простатит оказывает большое влияние на половую способность. Обычно все больные, страдающие хроническим простатитом, предъявляют жалобы на половые расстройства. Большое значение здесь имеют длительность, распространенность и интенсивность процесса в железе, а также общефизическое и нервно-психическое состояние больного. Хронический простатит – одно из наиболее распространенных заболеваний мочеполовой системы у мужчин. Частота простатита зависит от многообразия вызывающих его причин и обилия путей, по которым инфекция проникает в предстательную железу.

Предстательная железа является органом, в котором легко оседает любая циркулирующая по крови инфекция. Это объяснимо анатомо-топографическими особенностями предстательной железы. Расположение предстательной железы в области малого таза, связь ее и венозных сплетений, а также лимфатических сосудов с венозными сплетениями приводят к тому, что в предстательной железе под влиянием различных причин легко возникают нарушения кровообращения и явления застоя; в результате в ней, как в сетях, легко оседает циркулиру-

ющая в крови инфекция. Инфекция может проникать в предстательную железу урогенным путем при воспалительных заболеваниях почек и мочевого пузыря, а также по лимфатическим сосудам из прямой кишки при наличии в ней патологических процессов. Чаще всего инфекция проникает в предстательную железу из уретры при инфекционно-воспалительных процессах в последней.

Большое практическое значение приобретает тот факт, что поражение предстательной железы может возникнуть без всякой инфекции. В причинах асептического (т. е. безбактериального) простатита большую роль играют все те моменты, которые вызывают в задней уретре и предстательной железе нарушения кровообращения и явления застоя крови. К этим моментам также относятся половые излишества, прерванное и затягиваемое половое возбуждение, чрезмерный оргазм и другие отклонения от нормальной половой деятельности.

Патогенное значение этих моментов особенно велико, если они сочетаются с длительным сидячим образом жизни, хроническими запорами и другими причинами, вызывающими, в свою очередь, явления застоя в области малого таза. Длительный венозный застой в предстательной железе влечет за собой серозное пропитывание, а затем инфильтрацию ткани железы выпотевающими из сосудов круглоклеточными элементами. Под влиянием длительного состояния нарушается тонус мощного мышечного аппарата предстательной железы и уменьшается его сократительная способность. В результате этого во время полового акта и поллюций не происходит полного опорожнения железы от секрета, а при наличии воспалительного процесса – и от патологических продуктов.

Застаивание нормального секрета в предстательной железе вызывает химическое раздражение ее слизистой оболочки и выхождение из тока крови лейкоцитов в просвет железы. Таков механизм возникновения асептического простатита. В дальнейшем к асептическому простатиту может присоединиться инфекция гематогенным или уретральным путем, что осложняет заболевание.

В зависимости от поражения тех или иных элементов предстательной железы (выводных протоков, железистых долек, межуточной фибромускулярной ткани) принято различать четыре формы поражения этого органа.

1. *Катаральный простатит.* Воспалительный процесс при нем протекает в выводных протоках и отчасти слизистой оболочке прилегающих железистых долек; межуточная ткань остается неизменной.

2. *Фолликулярный простатит.* Это дальнейшая стадия катарального простатита. Воспалительные изменения в железистых долях выражены более резко. Устья выводных протоков частично закупориваются воспалительным инфильтратом. Не имея выхода наружу, продукты воспаления растягивают железистые трубки, в результате чего образуются большей или меньшей величины фолликулы, наполненные гнойным секретом (псевдоабсцесс). Эпителий железистых долек подвергается дегенеративным и пролиферативным изменениям (т. е. процессам воспаления, истощения и разрастания), местами превращаясь в многослойный плоский эпителий. В результате функция железистого эпителия в большей или меньшей степени нарушается, что сказывается в уменьшении количества жировых зерен в секрете предстательной железы или в полном их исчезновении. Нарушение функции железы может быть вызвано также и интоксикацией железистого эпителия продуктами воспаления и бактериальными токсинами.

3. *Паренхиматозный простатит.* Вследствие задержки продуктов воспаления в расширенных железистых трубках при фолликулярном простатите перегородки между отдельными долями железы истончаются и разрываются; в процесс вовлекается межуточная ткань, что ведет к образованию частичного или разлитого паренхиматозного простатита. Иногда может быть расплавление ткани на месте инфильтратов в межуточной ткани с возникновением множественных органических гнойников. Сливаясь, они могут привести к образованию больших гнойных полостей, в результате чего железа превращается в гнойный мешок. В других случаях

гноинчиков в предстательной железе не образуется; круглоклеточный инфильтрат в межуточной ткани, не подвергаясь рассасыванию, замещается соединительной тканью. Соединительнотканые или рубцовые изменения могут ограничиваться небольшими участками предстательной железы.

4. *Парапростатит*. Он возникает в результате перехода воспалительного процесса из предстательной железы на окружающую клетчатку. Чаще всего поражается клетчатка в верхнем полюсе предстательной железы, где отсутствует фиброзная капсула.

В других случаях инфекция проникает с током крови или лимфы в окружающую предстательную железу клетчатку, не поражая самой железы.

При катаральном и фолликулярном простатите, а также при паренхиматозном поражении предстательной железы патолого-анатомические изменения локализуются как в железистой, так и в межуточной ткани и могут комбинироваться в различных сочетаниях. Речь идет о том, что при первых двух формах воспалительный процесс локализуется преимущественно в железистой ткани, в то время как при паренхиматозном простатите он особенно интенсивно выражен в межуточной ткани. Преимущественная локализация воспалительных изменений в железистой или межуточной ткани предстательной железы зависит в значительной степени от пути проникновения инфекции. При попадании возбудителя в железу с током крови или лимфы воспалительные изменения наиболее выражены в межуточной ткани. При уретральном же пути проникновения инфекции воспалительные изменения особенно интенсивно развиваются в железистой ткани.

Раздражение периферических окончаний нервов рефлекторным путем вызывает повышение возбудимости спинномозговых центров эрекции и эякуляции. Это ведет к частым эрекциям, поллюциям и преждевременной эякуляции. Иногда больные жалуются на боли и неприятные ощущения после эякуляции. При длительном патологическом процессе наступает функциональное истощение эрекционного центра эякуляции. Такое состояние спинных центров выражается в ослаблении эрекции и в преждевременной эякуляции. В дальнейшем наступает истощение также эякуляционного центра. Эта стадия патологического процесса характеризуется вялостью эрекции, а при половом акте – запаздыванием эякуляции и понижением оргазма. Ослабление эрекции может также наступить на почве понижения возбудимости нервных рецепторов вследствие их длительной интоксикации гнойными продуктами и бактериальными токсинами, а также в результате развивающихся в половых органах соединительнотканых и рубцовых изменений. Большое значение имеет нарушение секреторной деятельности предстательной железы, наступающее при длительном ее поражении; отпадает ее тормозящее влияние на яички, а это, в свою очередь, способствует повышению полового влечения. В связи с нарушением тонуса гладкой мускулатуры выводных протоков предстательной железы может наблюдаться выделение секрета железы после мочеиспускания или во время дефекации (простаторея). Чаще имеет место выделение секрета семенных пузырьков (сперматорея), которое зависит от нарушения тонуса мышц, окружающих устье семявыбрасывающих протоков. Отхождение семени при дефекации обычно не влияет на половую силу, отхождение же семени при мочеиспускании, связанное с частым опорожнением семенных пузырьков, может вызывать понижение возбудимости половых центров и уменьшение потенции. Среди других симптомов, часто встречающихся при хроническом простатите, следует указать на выделения из уретры, зуд или жжение в ней. Для простатита характерно появление выделений из уретры не утром, а днем или вечером, возникающее под влиянием массажа железы в результате ходьбы или физического напряжения. Иногда больные жалуются на боли, отдающие в крестец и поясницу, на ощущение полноты и давления в области заднего прохода и промежности, что объясняется венозным застоем в малом тазе (в прямой кишке). Хронический простатит оказывает влияние на нервную систему и психику больного. Наряду с постоянным раздражением заложенных в предстательной железе многочисленных

нервных окончаний, действующих рефлекторно на нервную систему больного, его психика постоянно травмируется длительным лечением, фиксацией внимания на половых органах и боязнью нарушения половой функции. В результате возникают явления неврастения, боли, носящие характер невралгий, исходящие из пояснично-крестцового сплетения, гастрические явления, запор, бессонница, а в определенных случаях и расстройства сердечной деятельности. Раньше или позже при правильном лечении, рациональном образе жизни и поведении больного удается добиться исчезновения воспалительных изменений в предстательной железе. Хронический простатит обычно протекает с постоянными ремиссиями. После более или менее продолжительного периода значительного улучшения и уменьшения воспалительных явлений в железе воспалительный процесс снова обостряется, усиливаются субъективные и объективные явления. Рецидивы простатита обычно наступают под влиянием алкоголя, повторных половых сношений, езде верхом или на велосипеде и других причинах, способных вызывать усиление незначительных воспалительных изменений, имеющих в предстательной железе и задней уретре.

Диагноз ставится на основании описанных симптомов, ощупывания предстательной железы и микроскопического исследования ее секрета. В случаях хронического катарального простатита предстательная железа при ощупывании не изменена; при остальных формах простатита увеличены либо вся железа, либо одна из ее долей.

Консистенция предстательной железы также изменена. Среди мягкоэластичной железистой ткани прощупываются плотные участки и узлы. При надавливании на предстательную железу из наружного отверстия уретры выделяется более или менее значительное количество гнояного секрета. Реже вся железа (или одна из ее долей) оказывается плотной, бугристой; при надавливании на нее секрет или совершенно не выделяется, или выделяется в большом количестве. Иногда вся железа или одна из ее долей превращаются в дряблый мешок, из которого при надавливании пальцем легко выделяется в уретру обильный слизисто-гнояный секрет. У больных простатитом секрет железы содержит продукты воспаления. Чем интенсивнее воспалительные явления в железе, тем больше в ее секрете лейкоцитов и тем меньше жировых зерен. После исчезновения воспалительных явлений и восстановления нормальной функции железы количество липоидных зерен в секрете возрастает. В ненормальном секрете предстательной железы встречается большое количество лейкоцитов, «нафаршированных» жировыми капельками. Такое жировое перерождение лейкоцитов возникает в результате застоя продуктов восстановления в расширенных железистых дольках предстательной железы. Нарастание количества жирно перерожденных лейкоцитов говорит о недостаточном опорожнении железы и задержке в ней продуктов воспаления.

Лечение хронического гонорейного простатита необходимо проводить строго индивидуально, учитывая все жалобы больного, его общее состояние, профессию и условия быта. Необходимо следить за нормальными отправлениями кишечника, устранить все, что вызывает явления застоя в области малого таза (половые возбуждения, прерванный половой акт и другие отклонения от нормальной половой жизни, сидячий образ жизни, езду верхом и на велосипеде и пр.). Наиболее эффективным методом лечения хронического простатита является массаж предстательной железы. Особенно хорошо действует массаж при катаральном простатите. При паренхиматозном простатите терапевтический эффект от массажа наступает медленнее. Наряду с массажем следует проводить лечение задней уретры. Хороший эффект дают инсталляции в заднюю уретру 0,5 %-ного раствора ляписа. Эффективным методом терапии хронических простатитов является применение тепла в виде горячих микроклизм; еще эффективнее диатермия в сочетании с массажем предстательной железы.

Атония (т. е. полное отсутствие тонуса, предстательной железы)

Сущность патологического процесса заключается в выраженном ослаблении тонуса и сократительной способности мышечного аппарата железы. В результате происходят неполное опорожнение железы, растяжение железистых трубок и застаивание в них секрета. Вследствие длительного раздражения тканей предстательной железы застоявшимся секретом раньше или позже присоединяются вторичные воспалительные явления и развивается картина асептического простатита. Причинами атонии предстательной железы являются все те моменты, которые ведут к длительному нарушению кровообращения, явлениям венозного застоя (например, прерванный и затягиваемый половой акт, длительное неудовлетворенное возбуждение, злоупотребление онанизмом и т. д.) и последующему развитию дистрофических расстройств в тканях железы.

Больные жалуются на выделения из уретры к концу мочеиспускания или во время дефекации (простаторея), ослабление или полное исчезновение эрекции и преждевременную эякуляцию. Половое влечение у таких больных нередко может быть повышенным. В связи с тем что мышечный аппарат предстательной железы активно участвует в замыкании мочевого пузыря, при атонии предстательной железы могут наблюдаться расстройства мочеиспускания (учащенные позывы, вялая струя мочи, выделение мочи каплями к концу мочеиспускания). Отмечаются жалобы неврастенического характера – раздражительность, сердцебиение, бессонница, боли в пояснице и др. Предстательная железа при пальпации плоская, дряблая, без ясных границ. При легком надавливании на железу из нее выделяется значительное количество секрета.

При наличии в железе воспалительного процесса секрет содержит большее или меньшее количество лейкоцитов. Лечение заключается в восстановлении тонуса мышечного аппарата предстательной железы и удалении скопившегося в ней секрета. С этой целью назначают массаж железы, физиотерапевтические процедуры – фарадизацию или дарсонвализацию, а также инъекции стрихнина, пантокрина или других тонизирующих организм средств.

Аденома предстательной железы

При аденоме предстательная железа отодвигается растущей опухолью к периферии и атрофируется. Возникновение аденомы предстательной железы может быть вызвано нарушением баланса половых гормонов в пожилом возрасте. Наступающая в старости атрофия яичек влечет атрофию предстательной железы, что приводит к физиологическому падению потенции. Если же секреция яичек отличается особой силой или атрофия предстательной железы наступает ранее атрофии яичек, предстательная железа перестает посылать к последним свои тормозящие импульсы. В результате этого имеет место повышение гормональной функции яичек: импульсы, исходящие из яичек, все время вызывают прилив крови в область, занимаемую предстательной железой, и оказывают трофическое влияние, вызывающее разрастание периуретральных желез, ибо собственно железы простаты к этому времени уже атрофированы.

Больные наряду с симптомами аденомы отмечают сильное раздражение в половых органах и длительную эрекцию по ночам, вызванные патологическим повышением возбудимости нервных рецепторов.

Воспаление семенного бугорка

Воспаление семенного бугорка является одной из причин, вызывающих нарушение половой функции мужчин. Причины, обуславливающие воспалительные изменения в семенном бугорке, весьма разнообразны. При инфекционном колликулите поражение семенного бугорка происходит вторично при наличии простатита или везикулита. Гонорея играет крайне ничтожную роль, так как количество осложнений со стороны половых желез при современных эффективных методах лечения весьма невелико. Значительно большее значение имеют патогенные факторы (такие как длительно практикуемый прерванный или затягиваемый половой акт,

неудовлетворенное половое возбуждение, рано начатый чрезмерный онанизм), которые нарушают кровообращение и вызывают явления застойной гиперемии.

Венозный застой влечет за собой серозное пропитывание задней уретры и семенного бугорка с последующей инфильтрацией его круглоклеточными элементами. Если не проводится лечение, круглоклеточный инфильтрат постепенно замещается соединительной тканью, переходящей впоследствии в рубцовую ткань. Хронические запоры, длительный сидячий образ жизни и другие причины, ведущие к застою в области малого таза, не являясь сами по себе причинами колликулита, приобретают патогенное значение в совокупности с перечисленными выше факторами.

Говоря о колликулите, следует понимать под этим термином хронический уретрит, при котором преобладают изменения в семенном бугорке. Поражение семенного бугорка при этом часто является следствием заболевания половых желез предстательной железы и семенных пузырьков.

Классификация колликулитов А. И. Васильева:

1) поверхностный колликулит (воспалительный процесс локализуется главным образом в слизистой оболочке);

2) глубокий колликулит (процесс не ограничивается слизистой оболочкой, а проникает вглубь, в строму; мелкоклеточный инфильтрат постепенно замещается соединительной, а затем и рубцовой тканью);

3) кистозный колликулит (отличительной чертой является появление на поверхности семенного бугорка различных разрастаний – кист, полипов (полипозный колликулит));

4) атрофический колликулит (характеризуется сморщиванием семенного бугорка).

Симптомы колликулита различны в зависимости от формы, интенсивности и давности поражения семенного бугорка. Обычно наблюдаются ощущение инородного тела в заднем проходе (признак, нередко встречающийся и при заболеваниях предстательной железы); примесь крови к семени (гемоспермия), наблюдающаяся при заболеваниях семенных пузырьков и предстательной железы при грануляционных и полипозных разрастаниях в любой части уретры. Помимо перечисленных симптомов, наблюдаются расстройства половой функции, главным образом эякуляция. Чаще всего отмечаются преждевременное семяизвержение и учащенные поллюции; значительно реже (обычно при атрофическом колликулите) имеет место запаздывание семяизвержения. Иногда встречается понижение оргазма. При нарушении тонуса и расслаблении мышц, окружающих устье семявыбрасывающих протоков, семя извергается под небольшим давлением, в результате чего раздражение нервных окончаний не достигает достаточной силы для возникновения выраженного оргазма. Характерным признаком колликулита являются боли, наступающие в момент извержения семени. Во время исследования можно констатировать болезненность при надавливании пальцем через прямую кишку на область семенного бугорка. Более надежным методом диагностики является уретроскопия. При наличии мягкого инфильтрата семенной бугорок увеличен и часто заполняет весь просвет тубуса уретроскопа большого калибра (№ 25). Слизистая оболочка семенного бугорка, сильно покрасневшая, разрыхленная, легко кровоточит, болезненна при дотрагивании ватным тампоном. В случаях атрофического колликулита семенной бугорок представляется рубцово-сморщенным, деформированным; слизистая оболочка сухая, серо-белого цвета. При гранулезном (или полипозном) колликулите на покрасневшей слизистой оболочке семенного бугорка удастся обнаружить различной величины множественные или одиночные грануляционные и полипозные разрастания.

Лечение колликулита должно быть направлено прежде всего на устранение тех причин, которые, вызывая нарушение кровообращения в малом тазе и половых органах, поддерживают существование колликулита. Лишь после уменьшения или исчезновения воспалительных

явлений в предстательной железе и семенных пузырьках следует приступить к местному лечению семенного бугорка.

ЭНДОКРИННАЯ ФОРМА ИМПОТЕНЦИИ

К эндокринной форме импотенции относятся нарушения половой деятельности, в механизмах развития которых ведущим является падение или полное прекращение гормональной функции яичек. Характерно более или менее выраженное понижение полового влечения, сопровождающееся ослаблением как адекватной, так и спонтанной эрекции (вплоть до полного ее исчезновения).

Причины, вызывающие понижение или полное выпадение функции яичек (гипогонадизм), весьма разнообразны. Различают:

1) первичный гипогонадизм, который обусловлен причинами, оказывающими вредное воздействие непосредственно на яички. Первичный гипогонадизм сопровождается увеличением выделения гонадотропинов с мочой, что связано с повышением функции гипофиза вследствие уменьшения тормозящего влияния на него со стороны яичек;

2) вторичный гипогонадизм, когда функция яичек страдает в результате первичного поражения эндокринных желез (гипофиза, надпочечников, щитовидной железы), находящихся с яичками в коррелятивной связи. Вторичный гипогонадизм обусловлен в большинстве случаев поражением гипофиза, сопровождается уменьшением гонадотропинов в моче.

Первичный гипогонадизм Пороки развития яичек

Недоразвитие одного яичка функционально ничем не проявляется; при двустороннем же недоразвитии яичек наблюдается ряд изменений, свойственных евнухоидизму. У евнухоидов половой член очень маленький, предстательная железа резко отстает в своем развитии и при исследовании через прямую кишку почти не прощупывается. Половое влечение и эрекция, как правило, отсутствуют. Обычно евнухи ненормально большого роста, причем имеет место несоответствие между ясно выраженным удлинением конечностей и длиной туловища. Гортань имеет женскую форму. Кожа на теле бледная и тонкая, на лице рано появляются морщины. Волосы на лице часто отсутствуют. На туловище и конечностях имеется развитый очень слабо пушок. На лобке или совсем нет волос, или их мало. В то время как у одних евнухов отмечается худощавость, у других, наоборот, проявляется склонность к ожирению, причем отложение жира особенно выражено в области ягодиц, бедер и груди.

Крипторхизм

При крипторхизме одно или оба яичка не спускаются в мошонку, а задерживаются где-либо на пути от своего первоначального месторасположения у нижнего полюса почки. Обычно задержка происходит в брюшной полости или в просвете пахового канала. Различают следующие группы крипторхизма:

1) истинный крипторхизм. В основе лежит врожденное недоразвитие яичек. В эмбриональном периоде мужскому дифференцированию предшествует женская фаза развития, в процессе которой образуется широкая связка, разъединяющая оба яичка и мешающая их опущению. Подобные яички не могут быть приведены в нормальное состояние гормональной терапией. Лица таких больных имеют евнуховидный вид;

2) ложный крипторхизм. Является частой аномалией в детском возрасте. Влагалищный отросток в таких случаях остается открытым, и яичко вследствие этого при сокращении мышцы-кремастера в особенности при длительном охлаждении часто поднимается вверх в брюшную полость. Вследствие неблагоприятного влияния теплового фактора у таких лиц в период полового созревания может иметь место торможение сперматогенеза. В отличие от

истинного крипторхизма яичко может быть приведено в нормальное положение. Причинами, мешающими опущению яичка, являются механические препятствия или слабое развитие способствующих этому процессу сил. В последнем случае опущение яичек нередко происходит спонтанно, когда в процессе полового созревания или в результате лечения гонадотропином или тестостероном повышается образование андрогена.

Опущение яичка происходит не в мошонку, а под кожу бедра, промежность. При эктопии яички остаются в большинстве случаев нормально развитыми. Если яичко не спускается в мошонку, в нем происходят, как правило, негативные изменения спермато-генной ткани, тогда как межуточная ткань и лейдиговские клетки остаются без изменений. В брюшной полости температура на 3–7 °С выше, чем в мошонке, что оказывает неблагоприятные влияния на размножение и созревание сперматогенных клеток. Негативные изменения в неспустившемся яичке развиваются лишь к периоду полового созревания. Но исследования неспустившихся яичек путем биопсии показали, что уже в 6-летнем возрасте имеют место небольшие изменения в паренхиме яичка, которые становятся более значительными в возрасте от 10 до 14 лет. При наступлении половой зрелости существует, как правило, тяжелое поражение яичка. Спонтанное опускание яичек может наблюдаться до 10-12-летнего возраста; позднее же оно может произойти лишь в том случае, если яички находятся в нижнем отделе пахового канала.

Результаты оперативного вмешательства в отношении восстановления функции яичек нередко оказываются неудовлетворительными. Многочисленные клинические наблюдения, охватывающие 600 оперированных в детстве больных крипторхизмом, показывают, что большинство из них страдает в зрелом возрасте азооспермией. При двустороннем крипторхизме до хирургического вмешательства используют гормональное лечение (метил-тестостероном, тестостерон-пропионатом, хорионом гонадотропина). Гормонотерапию следует применять лишь до наступления половой зрелости, в возрасте приблизительно 10–11 лет.

Опасность гормонотерапии заключается в возможности передозировки андрогенного препарата, влекущей за собой подавление функции гипофиза, а следовательно, и яичек, чем достигается действие, обратное поставленной цели. Введение гонадотропина при нормальных яичках может вызывать тяжелые дегенеративные изменения в семенных каналах. Поэтому необходимо пользоваться небольшими дозами тестостерона, лучше всего в сочетании с гонадотропным гормоном.

Синдром Клайнфельтера

В основе этой формы лежит развивающееся к периоду половой зрелости тяжелое изменение семенных канальцев, не содержащих ни сперматогенных, ни сертолиевых клеток, в то время как количество лейдиговских клеток нормально или увеличено. К постоянным признакам относятся очень малые и плотные яички, расположенные в нормально развитой мошонке, повышенное выделение гонадотропина. Количество 17-кетостероидов находится в пределах нормы или несколько уменьшено. Клайнфельтеры сначала считали, что описанный ими синдром является результатом изолированного поражения семенных канальцев, однако в дальнейшем выяснилось, что выпадение гормональной функции наблюдается нередко. Вторичные половые признаки бывают либо хорошо развиты, либо отстают в развитии. Половая способность вначале сохраняется, но рано угасает (примерно к 25 годам).

Факторы, влияющие на функции яичек

Недостаточное питание

При недостаточном питании очень рано наступают изменения в семенных железах. Для нормального развития яичка требуется наличие в пище витаминов А и Е. Как показали исследования, витамин А является специфическим возбудителем половых желез, в то же время он уменьшает секрецию щитовидной железы. Этот витамин необходим для нормального размно-

жения млекопитающих. Сперматогенез, женский половой цикл, беременность, внутриутробное развитие плода не могут протекать нормально при отсутствии или недостатке в организме витамина А; и одновременно с нарушением сперматогенеза при недостатке этого витамина происходит падение гормональной функции и полового влечения. Витамин Е стимулирует сперматогенную функцию яичек и является одним из важнейших антистерильных агентов. При недостатке витамина Е в пище наступает резко выраженная дегенерация сперматогенной ткани семенной железы. Процесс дегенерации начинается со зрелых сперматозоидов; они принимают уродливые формы, теряют подвижность и способность вызывать оплодотворение. В дальнейшем наступает полная атрофия зародышевых клеток и полностью прекращается продукция семени. В таких случаях иногда наряду с нарушением сперматогенеза падает и продукция полового гормона (вплоть до полного ее прекращения). В соответствии с этим, происходит изменение вторичных половых признаков и падение полового влечения, подобно тому как это имеет место после кастрации.

При резко выраженной количественной и качественной недостаточности питания претерпевают изменения не только яички, но и гипофиз. Особенно значительно появляется гонадотропная функция гипофиза; одновременно понижается образование лютеотропина, тиреотропина и соматотропина. Только стимуляция надпочечников через адренокортикотропный гормон обычно сохраняется. Первично задерживается сперматогенез, который, пока длится голодание, не может быть восстановлен путем стимуляции гонадотропным гормоном. Лишь после улучшения питания можно добиться в большей или меньшей степени регенерации зародышевого эпителия путем введения гонадотропного гормона.

Влияние высокой температуры

Длительно продолжающееся лихорадочное состояние может привести к атрофии сперматогенного эпителия. У больных оспой непродолжительное повышение температуры может вызывать существенные изменения в спермограмме. Максимальное понижение количества сперматозоидов наступает через 40 дней после повышения температуры. После установления нормальной температуры количество сперматозоидов приходит в норму. При патолого-анатомическом исследовании у 17 больных, которые подвергались лихорадочной терапии, было установлено понижение сперматогенеза через 8,5-11 ч и торможение созревания сперматозоидов на стадии сперматогонии через 100 ч после начала лихорадочного состояния. При инфекционных заболеваниях, помимо повышения температуры, необходимо иметь в виду также токсическое влияние самого патогенного агента. Под влиянием высокой температуры происходит дегенерация зародышевых клеток яичка, которая может повлечь за собой тепловую кастрацию.

Влияние рентгеновских и радиевых лучей

Здесь в первую очередь повреждаются зародышевые клетки. Межуточная ткань не страдает, наоборот, количество ее нередко увеличивается. Значительное уменьшение сперматогенной ткани после воздействия лучей на яички приводит к бесплодию, но не оказывает влияния на половое влечение и потенцию.

При нарушении сперматогенеза при облучении радиоактивными веществами на первый план выступают увеличение патологических форм сперматозоидов и их неспособность вызывать оплодотворение, пороки развития у детей, а также мертворождаемость детей. У животных при умеренном рентгеновском облучении семенных желез наблюдается стадия повышенного полового возбуждения.

Психические влияния

У мужчин установить нарушение функции половых желез в результате психических влияний трудно. В этом отношении заслуживают внимания наблюдения Ф. Штиве, обнаружив-

шего у 34 осужденных и расстрелянных молодых людей тяжелые анатомические изменения в яичках. Подобного рода изменения отсутствовали при аналогичных исследованиях людей такого даже возраста после случайной смерти.

Имеются многочисленные наблюдения, указывающие на значительное увеличение количества больных импотенцией после Первой и Второй мировых войн. Не отрицая значения психических травм и тяжелых переживаний в расстройстве функции зародышевых желез, нужно подчеркнуть, что в возникновении половых расстройств у лиц, участвовавших в войне, также возникают различные формы неврозов, которые связаны с фактором психической травмы.

В картину неврозов войны входит также ряд расстройств вегетативной нервной системы, вызывающих, в свою очередь, нарушения деятельности внутренних органов, сердечно-сосудистой системы, обмена, желез внутренней секреции, а также половой сферы.

Известную роль в импотенции военного времени играет длительное вынужденное половое воздержание, особенно у лиц, живших до войны нормальной половой жизнью. Умеренная половая жизнь возбуждает деятельность половых органов, поддерживает на должной высоте их работоспособность и повышает потребность в половых сношениях.

Вторичный гипогонадизм

Заболевания гипофиза

В возникновении вторичного гипогонадизма наиболее важную роль играет недостаточность гипофиза. При этом различают ограниченное изолированное поражение одной только гонадо-тропной функции гипофиза и более распространенное заболевание мозгового придатка с нарушением ряда других его функций.

При изолированном поражении гонадотропной функции гипофиза и недостаточном образовании гонадотропного гормона, возникшем до периода полового созревания, возникают явления евнухоидизма. Обычно у таких больных отсутствуют какие-либо явления, которые говорили бы об органическом процессе в гипофизе или гипоталамической области. Подозрение на гипогонадо-тропный гипогонадизм можно подтвердить при помощи теста Э. Геллера и Г. Нельсона (2 раза в день в течение 3 недель впрыскивают 750 МЕ хорионнадтропина. Если после этого появляются клинические симптомы стимуляции функции гениталий, то тем самым подтверждается гипофункция гипофиза как причина недостаточной функции яичек).

В тех случаях, когда понижение образования гонадотропного гормона возникает после периода полового созревания, наступает полное истощение зародышевого эпителия и нарушение сперматогенеза. Вторичные половые признаки, коль скоро они достигли определенного развития, почти не страдают. Из симптомов у ряда больных могут наблюдаться некоторое уменьшение размеров и дряблость консистенции яичек, а также гипоплазия предстательной железы. Некоторые больные по внешнему виду ничем не отличаются от здоровых людей. О вторичной недостаточности яичек свидетельствуют уменьшение количества или отсутствие в моче гонадотропинов, а также более или менее выраженные ат-рофические изменения в меж-уточной ткани, которые могут быть установлены при биопсии яичек. При более распространенном поражении гипофиза наряду с недоразвитием половых желез и импотенцией наблюдается ряд изменений общего порядка, из которых наиболее характерны ненормальный рост и чрезмерное ожирение. В основном наблюдаются следующие заболевания мозгового придатка, сопровождающиеся недоразвитием половых желез и импотенцией:

- 1) гипофизарный евнухоидизм, зависящий от гипофункции передней доли гипофиза;
- 2) гипофизарный нанизм (карликовый рост), зависящий от понижения функции передней доли гипофиза вследствие недоразвития или поражения ее различными патологическими процессами;
- 3) гипофизарный гигантизм, вызываемый гиперсекрецией передней доли гипофиза вследствие гиперпластического разрастания в ней эозинофильных клеток.

Дистрофия, характеризующаяся резко выраженным ожирением, атрофией половых желез и недоразвитием вторичных половых признаков. Заболевание вызывается различными патологическими процессами (тромбозом, эмболией, опухолями, воспалением), поражающими мозговой придаток.

Гиперэстрогенизм

Гиперэстрогенизм возникает у людей с чрезмерным образованием эстрогенов в организме, количество которых достигает того же уровня, как и у женщин, или даже превышает его. Выделение 17-кетостероидов у них может быть довольно значительным пре-и-мужественно за счет дериватов биологически менее активных андрогенных гормонов, выделяемых корой надпочечников. Чрезмерное образование эстрогена у разных лиц может приводить к качественно различным болезненным проявлениям:

- 1) изменениям семени у одних;
- 2) ослаблению или отсутствию эрекции у других;

3) понижению полового влечения или гипогенитализму у третьих. Гиперэстрогенизм может быть причиной различных нерезко

выраженных форм интерсексуалитета, которые в практической работе врача встречаются значительно чаще тяжелых.

В целях назначения правильного лечения важно решить вопрос, где образуется избыток эстрогена – в коре надпочечников или в яичках или одновременно в том и другом органе. В яичке образуется эстроген. Поэтому нельзя исключить того, что у мужчины с гиперэстрогенизмом яички могут выделять большие количества эстрогена. Точно так же нельзя исключить возможность образования большого количества андрогена в надпочечниках при отсутствии эстрогенной опухоли в них.

В настоящее время практически нет другого способа борьбы с гиперэстрогенизмом, кроме введения достаточных количеств андрогена. Количество андрогена должно быть настолько большим, чтобы нейтрализовать имеющийся в организме избыток эстрогена и создать достаточную концентрацию андрогена для поддержания нормальной функции семенных желез. Необходимо также стремиться не увеличивать дозы андрогена больше, чем это требуется для получения эффекта, чтобы не вызвать повреждения яичек введением чрезмерно больших количеств андрогена. Существующие в продаже ампулы тестостерон-пропионата в 10, 20, 25 мг неудобны для лечения больных эстрогенизмом. Если учесть, что больной выделяет ежедневно 300–600 МЕ эстрогена, то для получения терапевтического эффекта необходимо одновременно вводить 6–10 таких ампул. При этом вводится большое количество масла, что, как доказано в опытах на животных, оказывает вредное влияние на яички.

ИМПОТЕНЦИЯ, ВОЗНИКАЮЩАЯ В СЛЕДСТВИЕ МЕХАНИЧЕСКИХ ПРЕПЯТСТВИЙ К ПОЛОВОМУ АКТУ

Пороки развития полового члена

Описывая пороки развития полового члена, препятствующие половым сношениям, следует указать на его выраженное недоразвитие или чрезмерную величину. Однако это встречается исключительно редко. Гораздо чаще наблюдаются гипоспадия и эписпадия.

Гипоспадия – врожденный порок развития мочеиспускательного канала, когда нижняя стенка канала не сформирована и наружное отверстие открывается не на обычном месте, а ниже и кзади и может располагаться на протяжении всей передней уретры.

Эписпадия – порок развития верхней стенки мочеиспускательного канала, когда наружное отверстие находится не на вершине головки, а на протяжении верхней поверхности головки или ствола полового члена. При тотальной эписпадии уретры расщелина на всем протяжении по тыльной поверхности члена. В случае гипоспадии препятствие к половому сношению находится в прямой зависимости от месторасположения наружного отверстия мочеиспускательного канала. При слабо-выраженной форме гипоспадии, когда устье уретры расположено непосредственно под головкой полового члена или поблизости от нее в передней трети мочеиспускательного канала, эрекция обычно происходит нормально. При более резко выраженных формах гипоспадии, когда устье уретры открывается на далеком расстоянии от головки, половой орган обычно уменьшен в размерах и оттянут кзади; в таких случаях эрекция затруднена и половой акт становится невозможным. Некоторым препятствием к половым сношениям является очень короткая уздечка, оттягивающая во время эрекции головку полового члена кзади, что сопровождается болевыми ощущениями.

Пластическое затвердевание полового члена

Это пластическое затвердевание полового члена не имеет в своей основе воспалительных изменений. Что касается причин развития данного состояния, то существуют различные мнения. Л. И. Лозинский в 1839 г. высказал предположение, что пластическое затвердевание полового члена представляет собой тромбоз кавернозных тел, что может вызвать одновременное повышение вязкости крови, которое этот автор наблюдал у двоих больных. Против такого предположения говорит то, что патологический процесс при этом заболевании сосредоточен в белочной оболочке и оставляет, как правило, незатронутыми кавернозные тела. Большое значение в причинах возникновения и механизмах развития этого заболевания многие авторы придают конституциональному предрасположению к разрастанию соединительной ткани. Одной из обуславливающих раздражение причин может быть появляющееся в пожилом возрасте угасание функций некоторых гормонов. Но и это еще не является абсолютно достоверным, доказанным фактом. Таким образом, вопрос о причинах возникновения и механизмах развития пластического затвердевания полового члена остается до сих пор неразрешенным.

Проявления сводятся к образованию уплотнений различной величины и формы, одиночных или множественных, расположенных на спинке полового члена. Уплотнение обычно имеет форму узелков, тяжей или пластинок с гладкой поверхностью и хорошо отграничивается от окружающих частей. При ощупывании удается установить, что уплотнения расположены над кавернозными телами в области перегородки полового члена или в белочной оболочке, поэтому уплотнение можно несколько приподнять сбоку над его основанием. Только в далеко зашедших случаях уплотнения буквально спаяны с кавернозными телами.

Рубцовые уплотнения, которые остаются после кавернитов (возникающих при гонорейных и негонорейных воспалительных заболеваниях уретры), как правило, тесно связаны с ней и прощупываются, не только на передней, но и на задней поверхности полового члена. Кавернозное тело уретры при пластическом затвердевании полового члена не поражается. Большое значение с точки зрения правильного лечения и прогноза имеет рентгенологическое обследование, позволяющее установить наличие хряща или костной ткани, не определяемых при ощупывании полового члена. Из субъективных жалоб характерной является болезненность во время эрекции и эякуляции, при неэрегированном же половом члене отсутствуют боли как самостоятельные, так и во время ощупывания. Чаще больных беспокоит искривление полового члена. Порой оно настолько сильно, что препятствует половым сношениям. Иногда в результате нарушения эластичности и способности к растяжению кавернозных тел в месторасположении уплотнений во время эрекции может наступить недостаточное заполнение кровью части кавернозных тел полового члена, расположенных далеко от этих уплотнений. Это влечет за собой невозможность полового акта. Интенсивность болей и искривление полового члена зави-

сят не столько от величины уплотнений, сколько от их месторасположения. Так, боли бывают наиболее выраженными при расположении уплотнений в передней и средней трети полового члена. Нередко у больных с пластическим затвердением появляются неврастенические симптомы, тяжелое душевное ипохондрическое состояние, иногда влекущее за собой психическую импотенцию.

Прогноз в отношении полного устранения уплотнений следует считать неблагоприятным. Крайне небольшому проценту больных удастся добиться выздоровления. Чаще под влиянием лечения наступает выраженное в различной степени улучшение, характеризующееся уменьшением или полным прекращением болей, исчезновением искривления полового члена, восстановлением половой способности, однако уплотнение полового члена не претерпевает изменений. У других больных можно добиться остановки дальнейшего развития процесса, что очень важно, если больной обращается в самом начале болезни, когда отсутствуют выраженные боли и искривление полового члена. Также встречаются больные, у которых длительное лечение всеми возможными средствами не дает терапевтического эффекта. Имеются наблюдения, указывающие на возможность в отдельных случаях спонтанного исчезновения уплотнений.

ДИАГНОСТИКА МУЖСКОЙ ПОТЕНЦИИ

Сексуальная стимуляция

Лишь в небольшом числе клиник применяют эту методику обследования, которая логически вполне обоснована и дает возможность выявить находящуюся под вопросом способность к развитию эрекции во время полового возбуждения.

При обследовании 6 больных, которые были подвергнуты одной и той же зрительной сексуальной стимуляции, состоявшей из просмотра последовательного ряда 9 кинокадров продолжительностью 150 с, было установлено, что кинокадры вызывают гораздо более сильную ответную реакцию, чем слайды, и что их следует показывать в определенной последовательности с продолжительностью не менее 120 с. Эти кадры были отобраны из фильмов, чтобы обеспечить максимально разнообразные ситуации.

Больного, подвергающегося обследованию по данной методике, усаживают в кресло в уютной комнате (предпочтительно изолированной от посторонних шумов), и ему дается объяснение относительно того, что с ним будет происходить. Его просят сконцентрировать свое внимание на кинокадрах и дать волю фантазии. Вокруг тела полового члена закрепляют тензодатчик. Все положительные реакции во время исследования имеют определенную ценность, поскольку они могут выявить скорость набухания полового члена и могут показать, какой из показанных эпизодов вызывают наибольшую реакцию.

Эта последняя информация может быть использована позднее, когда будут проводиться другие виды исследования. Повторное использование одних и тех же эпизодов может привести к возникновению методологических проблем: повторение может или снизить угнетение половой функции, тем самым увеличивая реакцию полового члена, или оно может вызвать привыкание, которое приведет к снижению реакции полового члена.

Генитальные рефлексy

Поскольку периферические нервы могут влиять на возникновение нарушений эрекции, необходимо оценить генитальные рефлексy в дополнение к общему неврологическому обследованию специальным тестом.

Кремастерный рефлекс

Является односторонним, поверхностным и двигательным. Он вызывается поглаживанием кожи на внутренней поверхности бедра притупленным острием. Реакция на это раздра-

жение состоит в поднимании яичка на той же стороне. Возбужденное этим рефлексом сокращение мышцы, поднимающей яичко, происходит медленно и соответствует тому сокращению, которое наблюдается во время полового возбуждения, сопровождаемого эрекцией. Отсутствие этого рефлекса может быть вызвано повреждением, находящимся в любой части нервного пути.

Мошоночный рефлекс

Является местным рефлексом. Этот рефлекс часто можно наблюдать у мужчины, раздевающегося в холодной комнате. Рефлекторная реакция заключается в медленном червеобразном сокращении гладкой мышечной оболочки яичка, вызванном прикосновением холодного предмета к мошонке, промежности или верхней части внутренней поверхности бедра. Он может отсутствовать у больных миелопатией.

Рефлекс головки

Является двусторонним и двигательным. Данный рефлекс можно выявить пощипыванием тыльной части головки полового члена или мягким надавливанием на головку полового члена. Рефлекторная реакция состоит в сокращении луковично-пещеристой мышцы и наружного сфинктера анального отверстия. Этот рефлекс можно также определить количественно посредством электрической стимуляции через кольцевой электрод, наложенный вокруг головки полового члена, и записать в виде электромиограммы при помощи электрода, введенного в луковично-пещеристую мышцу.

Поверхностный анальный рефлекс

Является двусторонним, двигательным и поверхностным, а центр его расположен во втором, третьем и четвертом крестцовых сегментах. При поглаживании кожи в области промежности наблюдается сокращение наружного сфинктера анального отверстия.

Внутренний анальный рефлекс

Может быть использован для оценки симпатических элементов, входящих в состав подчревного нерва и предкрестцового сплетения. Центр этого рефлекса находится в первом и втором поясничных сегментах спинного мозга. Этот рефлекс вызывается введением пальца руки с надетой на нее перчаткой внутрь анального отверстия и выражается в сокращении внутреннего сфинктера анального отверстия.

Вибрационный тест

Чувствительность к вибрации снижается с возрастом, особенно после 10 лет, а также в результате периферической невропатии, развивающейся у диабетиков. С возрастом также происходит более генерализованное снижение тактильной чувствительности (т. е. чувствительности на прикосновение), сочетающееся с увеличением средней величины порога чувствительности полового члена к вибрации.

Величина порога может варьироваться в зависимости от места приложения вибрации и состояния половой функции. Величина порога чувствительности к вибрации в области венца головки полового члена в группе, состоявшей из 100 мужчин, не имеющих урологических или сексологических жалоб, была ниже, чем в области верхушки головки полового члена у 65 %, одинаковой у 20 % и выше у 15 %. Некоторые сперматологи используют вибратор для сбора спермы с целью ее исследования. Сложность состоит в том, что не все здоровые мужчины, которые проходят через это исследование, реагируют на вибрацию. Поэтому в случае получения отрицательного результата этого исследования вибрационный тест будет иметь ограниченную клиническую ценность. Кроме того, мужчина, который однажды уже реагировал на виб-

рацию, будет продолжать делать это и при повторных визитах в лабораторию. В большинстве случаев оптимальная частота вибрации лежит в пределах 40–80 Гц.

Цистометрия

Основой цистометрии является регистрация изменений давления в мочевом пузыре при различных степенях его наполнения. Вид полученной кривой дает возможность получить информацию о тонусе и возможной склонности к спазмам. Кроме того, этот метод исследований может дать информацию о величине давления опорожнения пузыря. Поскольку для проведения цистометрии необходимо ввести катетер через мочеиспускательный канал, то при этом также можно определить количество остаточной мочи.

Так как мускулатура мочевого пузыря, осуществляющая его опорожнение, и гладкие мышцы, принимающие участие в возникновении эрекции, получают импульсы от одних и тех же нервов, то было сделано предположение о том, что нарушение нервной регуляции мочевого пузыря и, как следствие, нарушение его функций будут являться показанием подобного же состояния нервов, управляющих развитием эрекции. Однако следует отметить, что процедура катетеризации мочевого пузыря влечет за собой некоторые опасности и что в течение нескольких дней после этого исследования у больного могут сохраняться болевые ощущения.

Измерение кровяного давления в половом члене

Пульсация сосудов полового члена может ощущаться при сдавлении любого участка пещеристого тела между большим и указательным пальцами руки. Эта простая процедура может дать много информации о состоянии артерий и давлении крови внутри сосудов. Простым диагностическим методом оценки артериального кровоснабжения является измерение кровяного давления. В качестве простого способа измерения кровяного давления было предложено применение для этой цели ртутного тензометра. Он состоит из циркулярной силиконовой трубки небольшого диаметра, наполненной ртутью, которую обертывают вокруг полового члена. Изменение длины трубки, происходящее в результате изменения длины окружности полового члена, регистрируется посредством измерения меняющегося сопротивления в столбе ртути. Измерение артериального давления в сосудах руки производится одновременно с измерением кровяного давления в половом члене. Это исследование проводят в тихой комнате в положении лежа на спине. Баржную пульсовую кривую получают при одновременном измерении величины давления в обеих указанных областях. Обе пневматические манжеты надувают одновременно, создавая в них давление, превышающее величину систолического давления. Давление в обеих манжетах и обе пульсовые кривые записываются одновременно. Затем давление в манжетах постепенно снижают. В определенный момент на каждой из двух кривых появляется пульсация и производится запись величины давления, при которой это произошло.

Исследование сосудов полового члена с помощью введения в них вещества, визуализирующегося на рентгеновских снимках

Для изображения пещеристых пространств, выявления их границ и их дренажной системы необходимо выполнить кавернозографию. Традиционно она выполняется путем введения рентгеноконтрастного (т. е. визуализирующегося на рентгеновских снимках) вещества в пещеристые тела и последующей рентгенографии. У здорового мужчины вокруг плотных и равномерно окрашенных пещеристых тел видны тонкие венозные сосуды. В головке полового члена не наблюдается присутствия контрастного вещества. На кавернозограмме, выполненной у больного, страдающего приапизмом, обнаруживается отсутствие оттока из пещеристого тела. Медленное введение (2–5 мл/мин) рентгеноконтрастного вещества типа урографина должно выполняться при помощи специального насоса. С целью предупреждения повреждения тканей необходимо проводить рентгеноконтрастное вещество в 2 раза. Иглу вводят без

обезболивания в боковую поверхность одного из пещеристых тел. Неприятные ощущения, возникающие при этом, аналогичны ощущениям, испытываемым при пункции вены, и чувство дискомфорта проходит обычно через 1–2 мин. Любая боль, возникающая с момента начала введения контрастного вещества, может указывать на неправильное положение кончика иглы. После начала введения положение иглы контролируется на видеомониторе.

Как только пещеристые тела будут заполнены контрастным веществом, станет видна дренажная система. Поскольку будет видно изображение только подвижной части полового члена, то можно будет ясно видеть отток крови лишь через систему дорсальной вены. Посредством этой системы также осуществляется отток крови от головки полового члена, и поэтому появляется возможность ретроградного попадания контрастного вещества в головку полового члена. Во время выполнения кавернозографии больной лежит на боку, а его половой член немного растянут при помощи лейкопластыря. Специальная конструкция иглы, имеющей два канала, дает возможность производить параллельно с введением вещества одновременную запись величины внутри-пещеристого давления. В это же самое время можно осуществить измерение набухания полового члена при помощи кругового тензо-датчика, расположенного непосредственно позади венца головки полового члена. У мужчин с предположительно нормальной эрекцией, которые обследуются по поводу какой-либо иной патологии полового члена, контрастное вещество из дренирующих вен исчезает через несколько секунд после начала зрительной стимуляции и часто до того, как произойдет сколько-нибудь значительное набухание полового члена или увеличение давления. Во время фазы набухания или во время эрекции не происходит никакого оттока или происходит лишь очень незначительный отток крови через вены. Как только прекращается сексуальная стимуляция, внезапно возникает вновь ток крови по венам (еще до того, как начнется снижение давления).

В исследовании копенгагенской группы отмечено три различных варианта отклонений от нормы.

1. Венозный дренаж уменьшается при начале стимуляции, но набухание полового члена и внутрипещеристое давление увеличиваются в минимальной степени. Эти данные позволяют предположить поражение артерий при нормальной нервной регуляции.

2. Венозный дренаж не изменяется, и также не происходит изменений объема полового члена и внутрипещеристого давления, что указывает на неэффективность стимуляции. Возможно, что больной был не в состоянии сконцентрировать свое внимание на показываемых ему кинокадрах (частично из-за раздражающего его влияния окружающей обстановки). Такие результаты были получены у некоторых больных с психогенными нарушениями эрекции.

3. Венозный дренаж постепенно прекращается во время сексуальной стимуляции, а набухание полового члена и увеличение давления происходят только до определенной величины, при которой можно видеть, что контрастное вещество оттекает от пещеристых тел, иногда толчками синхронно с пульсовыми сокращениями. Такой вид ненормального оттока можно наблюдать на границе между пещеристыми и губчатыми телами. У некоторых больных отток крови происходит при низком внутрипещеристом давлении, в то время как у других она наблюдается только при высоких значениях этого давления.

Артериография

Рентгенографическое изображение и распознавание местонахождения атеросклеротических изменений и тромбов вокруг аорты и в крупных сосудах являются общепринятыми методиками. Ветви внутренней подвздошной артерии, ведущие к половому члену, при этих методиках обычно четко не выявляются, так что артерии полового члена нельзя увидеть на снимках. Изображение артерий полового члена получают посредством двусторонней артериографии внутренней подвздошной артерии или селективной артериографии половой артерии, которые иногда комбинируют с созданием искусственной эрекции. Такая артериография осуществля-

ется под общим наркозом, и протыкание артерий выполняется по методике Селдингера. Введение катетера может быть выполнено через левую подмышечную артерию или (что предпочтительнее) – через обе бедренные артерии (левую и правую). Верхушку катетера продвигают под контролем, а введение 30–40 мл контрастного вещества выполняют при помощи постоянного специального насоса. Каждую секунду делают рентгеновский снимок (обычно 20). Снимки выполняют в косой проекции, а половой член в момент съемки располагают в горизонтальном положении. Для развития искусственной эрекции вливают 45–160 мл физиологического раствора с гепарином (для поддержания эрекции необходимо 60 % этого количества). Некоторые рентгенологи используют первоначальное введение в артериальную систему вместе с физиологическим раствором ацетилхолина перед введением контрастного вещества для увеличения возможности локализации мест повреждений при расширении сосудов. Артериографию следует проводить только при наличии четких показаний для ее проведения. Марсельская группа исследователей проанализировала артериограммы 100 мужчин. Этот анализ позволил выявить поражения артерий с характерной топографической локализацией и заставил их предположить существование синдрома мочеполовой диафрагмы. Эти исследователи разделили внутреннюю половую артерию на три сегмента:

- 1) наружный сегмент, в котором редко наблюдаются отдельные поражения, – первый;
- 2) средний сегмент, проходящий через пудентальный канал, – второй;
- 3) внутренний сегмент, пересекающий мочеполовую диафрагму, – третий.

Было установлено, что у 15 % из 100 обследованных мужчин поражение артерии находилось во втором сегменте, часто с обеих сторон, в то время как у 25 % больных поражения артерий локализовались в третьем сегменте и чаще всего были односторонними. У 10 % больных поражения артерий локализовались в обоих этих сегментах.

У больных молодого возраста (моложе 40 лет) и у мужчин, не страдающих диабетом, типичное поражение артерий будет обнаруживаться с одной стороны во втором сегменте, отсюда и вытекает предложенный авторами исследования новый синдром, в основе которого лежит тот факт, что при прохождении артерии через фиброзные и мышечные структуры мочеполовой диафрагмы может произойти наружное сдавливание сосуда.

В 30 случаях, описанных Д. Мичелом и А. Поспикчей в 1978 г., у всех больных были обнаружены различные степени сужения и воспаления или полой артерии, или артерий полового члена, или же их периферических ветвей. В четырех контрольных исследованиях (случаях психогенных нарушений эрекции) не было обнаружено никакой патологии на артериограммах.

Кровоток в половом члене

Когда в ткани вводится радиоактивный ксенон, растворенный в стерильном физиологическом растворе, он выводится из них в зависимости от интенсивности местного кровотока, являющегося фактором, определяющим скорость выведения ксенона. На графике, где откладывается число обнаруженных радиоактивных веществ в минуту, получается линейная кривая выведения ксенона, что позволяет произвести простой расчет величины кровотока, выражаемого в миллиметрах (крови) в минуту на 100 г ткани.

Согласно этой методике исследования 2–400 МК Ки [133 Хе] растворяли в стерильном физиологическом растворе и вводили без обезболивания в боковую часть одного из пещеристых тел. При использовании иглы 27 калибра больной ощущает лишь небольшую боль, вызываемую прокалыванием кожи иглой. Во время введения небольшого объема жидкости в ткань больной не ощущает никакой боли.

Через небольшой промежуток времени иглу вынимают, а место инъекции слегка прижимают пальцем руки для предотвращения кровотечения и утечки радиоактивного раствора. Затем на половой член больного надевают круговой тензодатчик и усаживают больного в удобное для него положение. Сцинтилляционный детектор помещают на 20–40 см выше полового

члена и направляют его так, чтобы улавливать наибольшее число радиоактивных частиц, отложившихся в тканях.

При нахождении полового члена в вялом состоянии получают кривую, указывающую на определенную модель выведения радиоактивности.

У здоровых молодых мужчин при нахождении полового члена в вялом состоянии могут быть получены значения скорости кровотока в пределах от 25 до 8 мл/мин на 100 г ткани. Для оценки кровотока во время эрекции применяют зрительную сексуальную стимуляцию. Больного перед выполнением этой процедуры следует проинструктировать относительно целей и порядка исследований.

При измерении скорости кровотока у больных с нарушением эрекции, вызванным артеросклерозом, обнаруживается пониженная величина кровотока при нахождении полового члена в вялом состоянии по сравнению со скоростью кровотока у здоровых мужчин.

Во время сексуальной стимуляции происходит еще большее уменьшение скорости кровотока, хотя увеличение объема полового члена может быть лишь незначительным. После стимуляции отмечается увеличение скорости кровотока.

ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ МУЖСКОЙ ПОТЕНЦИИ

Лечение половых расстройств кортикального генеза

Лечение половых расстройств, сопутствующих неврозам

Последовательность и комплексность терапевтических мероприятий определяются в зависимости от характера психогенных воздействий на половую функцию (торможение или перевозбуждение). Среди общих рекомендаций по лечению больных ведущее место имеет психотерапия. Во всех случаях врач должен строго контролировать свое поведение и высказывания. Необходимо благожелательно и сочувственно встретить больного, терпеливо выслушать его жалобы. Только на основании тщательного неврологического, урологического обследования и лабораторных данных, а также учитывая индивидуальные особенности больного, можно приступить к разъяснительной терапии. В процессе беседы важно подчеркнуть, что под влиянием лечения половая функция постепенно нормализуется. Чтобы уменьшить фиксацию больного на тягостных переживаниях, порожденных настоящим заболеванием, важно рекомендовать ему сосредоточить свое внимание на какой-либо общественно полезной работе с целью выработки социально здоровой мысли, направленной на торможение очага патологического возбуждения.

Чрезвычайно существенным является обеспечение таким больным режима полового покоя: часто предпринимаемые попытки к интимной близости, заканчивающиеся неудачей, становятся источником дополнительной невротизации. Временное исключение сексуальных раздражителей способствует угасанию патологически действующих условных половых рефлексов и формированию нового динамического стереотипа. Повышают тонус коры головного мозга интересная работа, регулярные занятия физкультурой и спортом, эмоционально насыщенные игры.

Необходимо также помочь пациенту выработать наиболее подходящий для него режим труда и отдыха, предусмотреть меры по обеспечению крепкого сна продолжительностью до 8–9 ч в сутки. Лекарственную терапию не следует начинать с тонизирующих средств, повышающих рефлекторную возбудимость нервной системы. На первом этапе целесообразно назначать снотворные и успокоительные препараты с целью усиления процессов торможения. Они создают оптимальные условия для быстрого восстановления клеток коры головного мозга.

После применения общеукрепляющих и успокоительных средств, после устранения или смягчения общевневротических проявлений можно приступить к основному лечению половых расстройств. Если больной положительно настроен к физическим методам лечения, то из всего

арсенала физиотерапии на первом этапе должны применяться процедуры, обладающие успокаивающим и укрепляющим действием. К ним относятся статический душ, электрофорез с солями брома, кальция, магния, теплые ванны, влажные укутывания. Действие лекарственных и физических методов лечения целесообразно подкреплять психотерапией, направленной на укрепление веры больного в нормализацию половой функции.

Лечение половых расстройств при неврастении

Лечение половых расстройств при неврастении имеет ряд особенностей. Жалобы больных неврастением на половую недостаточность не должны стать поводом для проведения местного лечения в виде массажа предстательной железы, смазывания семенного бугорка, дарсонвализации половых органов и т. п.

Из всех проявлений данного состояния известно, что нарушения половой функции при неврастении носят двоякий характер. Они могут выражаться симптомами перевозбуждения или торможения различных звеньев полового акта. Для гипостенической формы неврастения наиболее характерна импотенция с торможением эрекционной функции в адекватных условиях. Из других нарушений при этой форме наблюдаются ослабление полового влечения и реже явления кортикального асперматизма.

При гипертонической форме неврастения психотерапия сопутствующих сексуальных нарушений должна базироваться на данных обследования и сводится к терпеливому разъяснению причин их возникновения. Врачебные советы и рекомендации должны учитывать все отличительные особенности жизни больного. Больным с перевозбуждением эякуляционной функции, вынужденным по этой причине временно прекратить половую жизнь, нужно пояснить, что после лечения продолжительность полового акта постепенно нормализуется. Важно разъяснить, что причиной частого возникновения дневных спонтанных эрекций и ускоренных эякуляций является ослабление процесса торможения. Поэтому назначение препаратов, усиливающих его, должно сопровождаться психотерапевтическим воздействием. Принцип лекарственной терапии половых расстройств у больных неврастением состоит в назначении седативных и общеукрепляющих средств, которые в случае торможения половой функции следует сочетать с антихолинэстеразными препаратами, а в некоторых случаях – с малыми дозами половых гормонов.

У больных с патологически повышенной половой возбудимостью, характеризующейся чрезмерно высоким 1: 6: 20, частой эрекцией и преждевременной эякуляцией, большое значение имеет, помимо соответствующего полового режима, седативная терапия (назначение препаратов брома, корня валерианы, пустырника в сочетании с малыми дозами медикала). При наличии более или менее выраженного депрессивного состояния следует назначить дионин или кодеин. На больных неврастением, страдающих перевозбуждением эрекционной, эякуляционной функций и 1: 6: 20, благоприятное влияние оказывают серно-кислая магнезия, монобромистая камфора с валериановым циклом, лунулин, производные барбитуровой кислоты, метализия. Сульфат магния при парентеральном введении действует на центральную нервную систему угнетающе. Небольшие дозы магния в виде внутривенных инъекций активизируют синтез ацетилхолина и одновременно понижают возбудимость корковых процессов. Противопоказаниями к внутривенному применению серно-кислой магнезии являются выраженная гипотония болезни почек, снижение кальция в крови.

Эффективным методом лечения больных с преждевременной эякуляцией, возникающей на сроке повышенного полового влечения, оказалось иглоукалывание. Благоприятное действие иглотерапии объясняется преимущественно седативным и нормализующим влиянием ее на все механизмы развития заболевания. Больным с перевозбуждением эякуляционной функции в дни предполагаемой интимной близости можно рекомендовать прием люминала, кодеина, пирамидона. При чрезмерном половом возбуждении с депрессивными реакциями хороший

эффект можно получить от применения аминацина в комбинации с миллипроми-ном, назикан амизиллом. Из физиотерапевтических процедур хорошо действуют теплые ванны с сосновым экстрактом на ночь, статический душ. Во избежание усиления половой и общей возбудимости нервной системы в рационе должны быть исключены острые, а по возможности и мясные блюда, крепкий чай, кофе и другие возбуждающие напитки. В процессе выработки нового стереотипа важно предусмотреть своевременный (без больших промежутков) прием пищи с обязательным запрещением употребления алкоголя.

В качестве общеукрепляющих средств назначают препараты фосфора, мышьяка и железа, глютаминовую кислоту, витамины А, С, РР, группы В, а также препараты, вызывающие снотворный эффект. Если нет каких-либо противопоказаний, то при выраженном истощении нервной системы и значительном похудании назначают подкожные инъекции инсулина с постепенным повышением от 2 до 14–16 ЕД ежедневно. Наивысшую дозу вводят в течение 8–12 дней, а затем постепенно снижают ее до исходных величин. При пониженном половом влечении показано применение небольших доз половых гормонов. Вызывая усиление функции гипофиза, половые гормоны обладают широким фармакологическим действием и могут оказать положительное влияние на нервную, сердечно-сосудистую системы, процессы обмена веществ, периферическое и коронарное кровоснабжение. Важную роль играет применение и таких общеукрепляющих средств, как фосфрен, липоцеребрин, фитоферролактол, рыбий жир, гематоген.

Из стимулирующих препаратов, помимо кофе, можно рекомендовать китайский лимонник, женьшень, сегурина, эхинопсин, витамин В₁, настойку чилибухи, аралию маньчжурскую. Все они (кроме витамина В₁) обладая в различной степени антихолинэстеразной активностью, повышают мышечный тонус и рефлекторную возбудимость нервной системы. Наряду с их способностью повышать возбудимость рефлекторных дуг эрекции и эякуляции рефлексов они повышают также мышечную работоспособность и улучшают общее состояние. Стимулирующее действие витамина В₁ связано с участием его в большом количестве процессов, необходимых для нормальной жизнедеятельности, в том числе и сексуальной.

Если психогенное торможение эрекции возникло у больного в семейной ситуации, психотерапевтическая работа врача (по мнению Н. В. Иванова), должна предусматривать определенные положения.

1. Обеспечение душевной взаимной договоренности супругов о временном воздержании от половой жизни и разделении постели. Исключение дополнительных сексуальных раздражителей, травмирующих психику больного, будет оказывать успокаивающее действие и способствовать снижению интенсивности торможения половой функции, так как существенно уменьшает актуальность угнетающих моментов.

2. Достижение благожелательного взаимного оптимистического ожидания того, что после лечения наступает полное выздоровление.

3. Через 2–3 недели после условной разлуки показано объединение супругов в постели с запрещением попыток к совершению полового акта. Однако предписанный режим обычно быстро нарушается вследствие склонности подобных больных к парадоксальным реакциям.

4. Если у несемейных больных психогенное торможение половой функции развилось в ситуации случайных связей, то последние должны быть категорически запрещены, поскольку в них невозможна реализация влечения без подчеркнутого переживания повышенной ответственности за исход полового акта.

Лечение половых расстройств при психастении

Терапия половых расстройств при психастении базируется прежде всего на лечении основного заболевания, что представляет часто серьезные трудности. Они протекают от излишне глубокого самоанализа, свойственного психастенику. Поэтому при назначении того

или иного лекарства больному необходимо как следует обосновать механизм его действия. Врач должен в доходчивой форме разъяснить больному, опираясь на объективные данные, патофизиологическую сущность наблюдающихся у него симптомов заболевания и уверить, что успех от назначаемой обыкновенной терапии – вопрос времени. Половые расстройства, сопутствующие психастеническому неврозу, определяются слабостью психических процессов и носят двоякий характер в зависимости от слабости возбудительного или тормозного процессов. Основными проявлениями стойкого слабого возбуждения и перевозбуждения половой функции являются повышенное половое влечение, преждевременные эякуляции, навязчивые сексуальные устремления, психический и физический онанизм навязчивого характера, почти ежедневные эротические сновидения с поллюциями или без них.

Из лекарственной терапии с целью преодоления слабости психических процессов особенно показаны индивидуально подобранные дозы брома и кофеина. Эти препараты успешно устраняют экспериментально полученную ненормальную слабость раздражительного процесса и различного рода фобии у собак.

При наличии различного рода страхов в своих половых способностях и сомнений необходимо прежде всего обеспечить продолжительный и глубокий сон. Одновременно показаны общеукрепляющая терапия, нормализация режима питания, труда и отдыха.

При психастенических тревожно-мнительных состояниях и фобиях неудачи выраженным терапевтическим эффектом обладают антифобические средства, или малые транквилизаторы (меп-ротан, триоксазин, либриум, амизил). Мепротан, снижая эмоциональную сторону восприятия внешнего мира, делает больного более спокойным и равнодушным к нарушению половой функции. Такое действие препарата следует шире использовать при подготовке больных импотенцией к психотерапии. Несмотря на отсутствие противосудорожного действия, при резкой отмене препарата возможны эпилептиформные судороги. Поэтому при отмене его дозу надо уменьшать постепенно. Из побочных действий возможны слабовыраженные аллергические реакции, с чем приходится считаться при назначении указанных средств лицам, предрасположенным этому.

При амбулаторном лечении больных психической импотенцией с торможением эрекционной функции, возникающим у психастеников, склонных к фобическим реакциям, показано применение триоксадина. При изучении действие препарата отмечались повышение работоспособности, уменьшение утомляемости и укорочение латентного периода рефлекса. В отличие от мепротана триоксадин побочным и отравляющим действием не обладает.

У лиц с повышенной эмоциональной вязкостью, со склонностью к различного рода страхам, когда больные задолго до начала половой жизни оценивают ее как труднейшее испытание и заранее глубоко убеждены, что у них заведомо ничего не получится, психотерапевтическая работа врача должна быть направлена на ослабление конфликтного переживания путем раскрытия особенностей его характера.

Если у больных, склонных к постоянным сомнениям, имелись в прошлом неудачные попытки к половой близости и они связывались с ранее перенесенной гонореей или умеренно выраженной мастурбацией, то у них часто встречается отрицательное отношение к лечению. Такие пациенты считают, что им ничего не может помочь. Однако они продолжают посещать врача, готовы часами рассказывать о своих тревожных переживаниях и сомнениях, но не предпринимают никаких мер к выполнению врачебных рекомендаций. При лечении разбираемого варианта психического торможения половой функции ведущая роль принадлежит разъяснительной психотерапии, целью которой должно явиться настойчивое, методичное проведение разъяснения необоснованности тревожных переживаний. В отдельных случаях, когда у больных психастенией психическое торможение эрекционной функции не удастся устранить различными видами терапии, показано применение механических вспомогательных средств. Среди них в последнее время все большую популярность завоевывает механический аппа-

рат конструкции С. А. Плотичера. Он состоит из трубки, которая плотно охватывает позади мошонки половой член и закрепляется застежкой. От трубки отходит тонкий стержень, который, располагаясь вдоль тела полового члена, прилегает к нему сверху. На другом конце стержня разветвляются две дужки, обладающие необходимой упругостью, что позволяет им вновь смыкаться после раскрытия. Дужки располагаются в околосеменной борозде, охватывая головку пениса. Если аппарат изготовлен в соответствии с размером полового члена больного и правильно надет, то пенис приобретает положение, подобное при состоянии эрекции, что и послужило поводом называть его эректором. При использовании эректора половой член остается полностью открытым, а нейрорецепторный аппарат его не имеет никаких препятствий для восприятия сексуальных раздражений.

Если наряду с торможением эрекционной функции пациенты жалуются на ослабление полового влечения, то целесообразно назначить препараты, стимулирующие инстинктивную деятельность (половые гормоны) в небольших дозах, витамины А, В₁, эривит, комплексный венгерский препарат геравит, представляющий комбинацию андрогенов с поливитаминами.

У больных психостениями на почве ненормально слабого полового перевозбуждения нередко развивается навязчивая мастурбация. Такие пациенты, критически оценивая свою порочную привычку, не в состоянии справиться с ней. Успокоение пациента, укрепление его воли, создание новой доминанты (в спорте, труде, учебе и т. д.), внушение отвращения к аналитическим действиям – вот основные направления психотерапевтической работы врача. При навязчивой мастурбации часто бывает достаточно выработать условным тормоз к аналитическому акту, чтобы ослабить или устранить явления навязчивости.

Другим проявлением ненормально слабого полового возбуждения являются навязчивые сексуальные устремления типа эротомании, приводящие почти к ежедневным эротическим сновидениям и патологическим поллюциям. Основоположник учения А. А. Ухтомский считал, что у подобных больных имеется перевозбуждение половой функции везде (в коре, подкорке, стволе мозга, спинальных центрах, аппарате половых органов), а также со стороны эндокринной и вегетативной регуляции половой функции.

По данным отечественных и зарубежных авторов на различные уровни центральной нервной системы оказывает действие аминазин. Он затрудняет связи в коре мозга, подкорке, ретикулярной формации, спинном мозге. Аминазин назначают при состояниях, когда человек погружен только в эротические мысли и больше его ничто не заботит, людям с выраженной сексуальной навязчивостью, сопровождающейся психическим онанизмом, патологическими поллюциями и не поддающейся действию успокоительных средств. Применение малых доз аминарина (по 25 мг 2 раза в день) при лечении больных, страдающих патологическими поллюциями, вполне оправдывает себя и потому, что аминарин обладает способностью повышать тонус гладкой мускулатуры семявыносящих протоков. Р. Сигвалд в амбулаторных условиях получил хорошие результаты у 20 из 31 больного психастенией, у которого на первый план выступали навязчивые явления. Методика его лечения сводится к постепенному увеличению аминарина (до 75–200 мг в сутки) до развития сонливости и чувства облегчения. После месячного лечения дозу препарата уменьшают до поддерживающей (25–50 мг в сутки) и продолжают давать еще несколько месяцев.

Психастенических психопатов с чрезмерно высоким половым влечением, представляющих социальную опасность, необходимо своевременно помещать в стационар с целью проведения комплексного лечения. В отдельных случаях для понижения патологически повышенного полового влечения допустимо использовать препараты эстрогенного действия.

Лечение половых расстройств при истерии

Импотенция по истерическому механизму обычно развивается у мужчин, вступивших в случайный или вынужденный брак. Наступавшая после брака половая слабость, выражавшаяся

яся в торможении эрекции функции, становилась для больных «условно приятным или желательным симптомом», приводящим к расторжению тягостного для них брака. Торможение полового влечения, эрекции или эякуляционной функции наступает у них вследствие осознания своего морального падения и угрызения совести за предстоящую измену жене. При проведении психотерапии половых расстройств истерического происхождения всегда надо иметь в виду их психологическую обоснованность, что почти всегда скрыто от больного и непонятно ему. Поэтому важно с самого начала узнать причину, почему первоначально неистерический симптом стал для них «условно приятным или желательным», с тем чтобы в последующем устранить эту причину или помочь больному найти выход из возникшей для него неблагоприятной ситуации. Если врач рациональной психотерапии сумеет правильно объяснить больному психогенез истерического торможения половой функции, то больной успокаивается, начинает активно игнорировать выявленную причину торможения, и нарушения, как правило, исчезают.

Когда в проявлениях истерического невроза преобладают симптомы, указывающие на перевозбуждение половой функции, характер лечебных воздействий должен быть иным, поскольку основа ненормального перевозбуждения кроется в положительной стимуляции подкорки со стороны коры, склонной у них к торможению и находящейся в гипнотическом состоянии. Эта форма обычно протекает бурно с выраженной неконтролируемой гиперсексуальностью, с перевозбуждением полового влечения, эрекции и эякуляционной функций. Здесь, помимо психотерапии, показано более широкое использование физических методов лечения и лекарственных средств, обладающих укрепляющим и успокаивающим действием. Из физиологических процедур следует рекомендовать тепловые ванны, общую фарсенализацию, ультрафиолетовые облучения, из лекарственных – препараты брома, седативные и некоторые психофармакологические средства.

При чрезмерной половой возбудимости хороший эффект получен после применения парентерального введения бромистого натрия с серно-кислой магнезией, применения малых доз аминазина (25–50 мг 2 раза в день), что может быть связано с его тормозящим действием на различные уровни нервной регуляции половой функции – корковые, подкорковые, стволовые, спинальные.

Торможение аминазином подбугровой области понижает гонадотропную функцию гипофиза. Показано также назначение мепротана. Он делает больного более равнодушным к сексуальным раздражителям внешнего мира, снимает состояние душевной тревоги, напряженности, полового беспокойства.

Лечение сексуальных неврозов

Половые расстройства психического происхождения, возникающие на почве психогенных влияний, в одних случаях выступают как проявления общего невроза, в других – сексуального невроза как системного заболевания.

Импотенция, обусловленная ненормальным развитием угасательного торможения, обычно характеризуется снижением полового влечения и эрекции функции. Это чаще всего происходит в результате длительного полового воздержания (например, у лиц, находившихся на военной службе, в дальнем плавании, экспедициях). Лечение в таких случаях базируется прежде всего на патологически обоснованной разъяснительной психотерапии. Она сводится к терпеливому разъяснению больному причин, вызвавших естественное ослабление половой функции, к обсуждению правил поведения, выполнение которых должно во многом способствовать устранению тормозных моментов. Этой цели отвечает психотерапевтическая тактика, проводимая Н. В. Ивановым. Он советует пациентам не принуждать себя к началу половой жизни в заранее установленный срок в то же время не упрекать себя за временное воздержание. Н. В. Иванов предлагает не избегать женского общества, не закрывать себе путей к эротическим впечатлениям, что в случае создания соответствующей обстановки при отсут-

ствии сомнений в себе обеспечит пробуждение полового влечения и появление достаточной эрекции.

Значительным подспорьем для психотерапии подобных больных, как и других больных с торможением 1: 6: 20 и эрекционной функции психического происхождения, могут стать так называемые похотные средства. Среди них наибольшей популярностью пользуется йохимбин, обладающий адреналитическим действием. Расширяя сосуды, он вызывает набухание полового члена. Такого рода реакция может оказать благоприятное влияние на психику больного и способствовать преодолению недоверия к себе при попытке к половой близости, особенно на фоне сопутствующей психотерапии. При продолжительном применении йохимбин может оказывать токсическое действие на центральную нервную систему, которое проявляется сначала симптомами ее возбуждения (бессонницей, дрожанием рук, похуданием), а затем параличом. Для повышения возбудимости половых центров можно использовать витамин В₁, препараты стрихнина, карбохолина, прозерина. С целью усиления фармакологического действия витамин В₁ и стрихнин или витамин В₁ и прозерин можно набирать в один шприц по 1 мл и вводить внутримышечно ежедневно или через день (10–15 инъекций).

Крайне разнообразны условия развития половых расстройств по механизму условного тормоза. Нельзя приступать к лечению подобных больных без предварительного выявления конкретных условно-рефлекторных тормозящих моментов. Часто одно только выяснение таких может сразу обеспечить выздоровление, ибо оно вызывает у больного активное игнорирование выяснившегося тормозного обстоятельства (Н. В. Иванов). При лечении различных форм кортикальной импотенции нельзя недооценивать отношения жены к сложившейся ситуации. Достаточно одного нетактичного замечания или высказывания недовольства относительно половой способности мужа, чтобы свести на нет все усилия врача. Напротив, правильное поведение жены, ее ободряющие замечания относительно половой способности мужа на различных этапах жизни (особенно во время и после половой близости) могут оказать более сильное воздействие, чем весь комплекс врачебных мероприятий.

Лечение половых расстройств при психопатии и других заболеваниях

Характер половых расстройств у больных психопатией определяется силой раздражительного процесса. Социальную опасность представляют возбудимые, аффективно неустойчивые психопаты с чрезмерно повышенным общим половым возбуждением в силу свойственных им патологических установок на половую и семейную жизнь.

Неудачные попытки к половой близости в явно неподходящих условиях нередко воспринимаются с точки зрения половой неполноценности, без критической оценки сексуальной ситуации. Неспособность больных к адекватной оценке раздражителей внешнего мира часто сводит на нет различные виды психотерапии.

Среди медикаментозных средств для понижения общей и патологически повышенной половой возбудимости назначают седативные средства и препараты фенотиазинового ряда: пропазин, аминазин в дозе 50–150 мг в сутки. По мере понижения возбудимости дозы уменьшаются до поддерживающих. Поскольку половое влечение по типу цепной реакции связано с другими рефлекторными звеньями полового акта, то понижение его у возбудимых психопатов может одновременно оказать благоприятное влияние на эрекционную и эякуляторную функции.

Для больных астенической формой психопатии, напротив, характерны пониженное половое влечение и торможение адекватных эрекции по типу фазовых отношений или внешнего торможения. Свойственные им депрессивный фон, тревожно-мнительный характер, излишняя застенчивость, нерешительность, стремление к уединению создают дополнительные препятствия на пути к интимной близости с женщиной. А слабость волевых установок и склонность высшей нервной деятельности к фазовым реакциям предрасполагают к онанистическим

эксцессам, гомосексуализму и другим половым извращениям. Лечение последних при наличии социальных показаний должно проводиться в стационарных условиях. С внедрением в практики большой группы психофармакологических препаратов при обострении гипотимической психопатии стали применяться тимолептические средства с эйфо-рицирующим действием (например, тофранил по 25 мг 1–2 раза в день).

Нарушения половой функции при отдаленных последствиях травм головного мозга отличаются разнообразностью и многочисленностью проявлений. Лечение половых расстройств, определяемых сопутствующим психастеническим, неврастеническим и другими синдромами, по сути дела, мало отличается от лечения таковых при соответствующем неврозе. Сексуальные нарушения, сопутствующие травматической энцефалопатии, характеризуются большей тяжестью патологических проявлений и большей устойчивостью по отношению к терапевтическим воздействиям. При травматической энцефалопатии с явлениями общего истощения и торможением половой функции, возникающим по каждому незначительному поводу, наряду с установлением оптимально облегченного труда и отдыха рекомендуется общеукрепляющее лечение препаратами фосфора, малыми дозами инсулина, внутривенными вливаниями глюкозы, снотворными средствами, поливитаминами. В последующем при жалобах на недостаточность эрекции могут применяться препараты, обладающие легким тонизирующим действием: пантокрин, настойка корня женьшеня, эхинопсин, малые дозы секуринина, настойка элеутерококка. В целях стимулирования пониженного у этих больных полового влечения показано применение небольших доз метилтестостерона. Одновременно с лечением полезно проводить ободряющую психотерапию с целью подготовки больного к возобновлению половой жизни.

У больных травматической энцефалопатией с выраженной эмоциональной неустойчивостью, агрессивностью и значительным снижением приспособляемости половые расстройства характеризуются ослаблением эрекционной функции в адекватных условиях на фоне подчас ненормально повышенного полового влечения. При таких состояниях назначают внутривенные вливания бромистого натрия (10 %-ного по 10 мл) с серно-кислой магнией (25 %-ной по 5–8 мл), аминазин, а также различные седативные средства. Из физических методов лечения показаны теплые ванны (35–36 °С), электрофорез с хлористым кальцием; на курс лечения 10–12 сеансов продолжительностью до 15–20 мин; при перевозбуждении эрекционной функции – обмывание промежности холодной водой.

Лечение половых расстройств из-за поражений половых центров, находящихся в спинном мозге

Картина половых расстройств из-за поражений половых центров, находящихся в спинном мозге, связана с тем, что нервные клетки, отличающиеся наиболее высокой возбудимостью, характеризуются и более быстрой истощаемостью. Поэтому после длительного полового перевозбуждения наступает прежде всего истощение более легковозбудимого эрекционного центра, в то время как более стойкий эякуляционный центр еще продолжает длительно находиться в состоянии раздражения. Составляя план лечения больного спинальной импотенцией, необходимо учитывать причины, вызвавшие ее развитие, функциональное состояние спинальных половых центров, степень выраженности полового влечения, возраст и семенное положение больного, а также общее состояние здоровья. Результаты лечения во многом будут зависеть от общетерапевтических мероприятий, направленных на борьбу с хроническими воспалительными процессами (такими как хронический тонзиллит, туберкулез, ревматизм, хронический фарингит, гайморит и т. д.), хроническими интоксикациями и другими видами органической отягощенности. В первую очередь употребление алкоголя и курение должны быть исключены. При недостатке питания, гиповитаминозах показан усиленный пищевой режим с достаточным количеством полноценных белков и витаминов, препараты железа. Напротив, при излишнем питании важно добиться похудения. Усилению окислительных про-

цессов способствует постепенное наращивание физических нагрузок с одновременным количественным ограничением в рационе суточного калоража (т. е. количества потребляемых калорий). С этой же целью можно применять витамины В₁, С, В₁₅ в виде пангамата кальция, а также небольшие дозы половых гормонов. Необходимо с самого начала лечения обеспечить продолжительный и глубокий сон, что почти всегда достигается приемом нескольких снотворных, действующих на разные уровни нервной регуляции функции сна – бодрствования (кору, подкорку, ствол мозга с его ретикулярной формацией). Исключительно важную роль при лечении такого вида импотенции играет половой покой. Помимо полового воздержания, последним предусматривается активное игнорирование раздражителей, действующих эротически. При установлении срока полового воздержания надо руководствоваться возрастом, интенсивностью полового влечения, семейным положением, характером клинических проявлений. Нельзя надолго прекращать половую жизнь в пожилом возрасте из-за возможности угасания условных половых рефлексов, что может стать стойкой причиной понижения полового влечения и эрекционной функции. Половой покой, создающий оптимальные условия для быстреего восстановления истощенных спинальных центров, не должен превышать у них более 2 месяцев. Напротив, этот срок у неженатых больных в возрасте 20–30 лет может быть продлен до 5–6 месяцев, а при наиболее тяжелых формах спинальной импотенции продолжительность его должна достигать не менее 8–12 месяцев. Длительное воздержание нежелательно лицам с очень высокой интенсивностью полового влечения по причине развития неудовлетворительного полового возбуждения, что может нанести еще больший вред. Медикаментозная терапия половых расстройств из-за поражения половых центров в спинном мозге отличается большим выбором средств и определяется функциональным состоянием спинальных половых центров. При их перевозбуждении целесообразно назначать препараты, понижающие возбудимость спинального эякуляционного центра (эрготал, люминал), эрекционного центра (монобромистую камфору) или того и другого одновременно (квякураана).

Многолетний опыт работы сексологов позволяет рекомендовать при перевозбуждении спинальных половых центров сернокислую магнезию с одновременным назначением препаратов брома, валерианы, пустырника, мидинала, кодеина и других успокоительных средств в различных сочетаниях. Для снятия психогенных влияний, поддерживающих спинальные половые центры в состоянии хронического перевозбуждения, показаны препараты из группы малых транквилизаторов (мепротан, триоксазан). Хороший эффект у больных таким видом импотенции с перевозбуждением половых центров, в особенности эякуляционного, можно получить после применения иглотерапии. Спустя установленный промежуток времени после начала лечения больному рекомендуется возобновить половую жизнь. В день предполагаемого полового акта для понижения возбудимости эякуляционной функции назначают кодеин, люминал, пирамидан, аминазин, анальгин в различных сочетаниях. Если после лечения сохраняется перевозбуждение эякуляционной функции, то в отдельных случаях можно сочетать лечебные мероприятия с воздействием на нейрорецепторный аппарат половых органов. С этой целью применяют смазывание головки пениса совкаиновой мазью за 2–3 ч до полового акта.

Лечение спинальной импотенции с функциональным истощением половых центров в спинном мозге следует проводить в два этапа (И. М. Порудоминский). Цель первого этапа – устранение сопутствующих невропроявлений и обеспечение полного полового покоя истощенным нервно-половым центрам, что достигается активной успокоительной терапией наряду с запрещением всяких сексуальных раздражений. Половой покой и успокоительная терапия создают благоприятные условия для проведения второго этапа – стимулирующей терапии, интенсивность которой следует постепенно наращивать. Сначала через день применяют инъекции витамина В₁ и экстракта алоэ, к которым в дальнейшем по показаниям присоединяют другие стимулирующие средства: стрихнин, секуринин, эхинопсин, прозерин, галантамин. Стрихнин, секуринин, прозерин, галантамин, как и другие антихолинэстеразные

препараты, противопоказаны при гиперкинезах, эпилепсии, гипертонической болезни, брадикардии, бронхиальной астме, стенокардии. В таких случаях применение стимулирующих препаратов приходится ограничивать электрофоретическим методом.

По наблюдению ряда авторов, весьма полезным может оказаться сочетание мужских половых гормонов с препаратами, известными под названием витамина Е. Наиболее активным из них является а-токоферол. По отношению к андрогенным препаратам витамин Е оказывает вспомогательное действие, что связано с его способностью предупреждать негативные изменения в нервных клетках, паренхиматозных клетках печени, а также со стороны эпителия семенных канальцев яичек. Нельзя исключить пролонгирующего действия витамином Е стероидных гормонов, поскольку он, являясь активным антиоксидантом, также тормозит обмен белков, стероидов и нуклеотидов.

При безуспешности лекарственной терапии, что нередко наблюдается у больных с органическими изменениями в половых центрах в спинном мозге, следует рекомендовать применение эректоза, которое может оказаться единственным средством, позволяющим совершать половые акты при отсутствии даже слабой эрекции. Если длительная консервативная терапия вызывает отрицательную реакцию со стороны жены, то в отдельных случаях допустимо рекомендовать хирургическое лечение с применением фаллопластических изотезов.

Лечение половых расстройств из-за поражения нервных путей

Механизмы развития половых расстройств из-за поражения нервных путей определяются патологическими изменениями в рефлексах полового акта – эрекции, эякуляционного и органического. перевозбуждение этих рефлексов характерно для больных простатитами, уретритами, колликулитами, выпадение – для больных с невритами яичковых ветвей, что довольно часто сопутствует переломам костей таза. Лечение больных такой импотенцией, возникшей вследствие урологических заболеваний, требует длительного времени и терпения. Простатиты, колликулиты, задние уретры могут часто рецидивировать и поддерживать патогенный процесс. Тактика терапевтических мероприятий определяется сугубо индивидуально с учетом жалоб, профессии, быта, вредных привычек. В первую очередь необходимо устранить причины, способствующие застою крови в органах малого таза, – половые излишества, мастурбацию, прерванные и пролонгированные половые акты, нарушения деятельности кишечника, длительный сидячий образ жизни, употребление алкоголя. Наиболее эффективным методом лечения хронического простатита является массаж предстательной железы, который следует проводить 2–3 раза в неделю продолжительностью 30–60 с при наполненном мочевом пузыре. В результате массажа удаляется гной, улучшается кровообращение, устраняются застойные явления. Лечение массажами проводится курсами, состоящими из 10–14 процедур. Контролем терапевтической эффективности служит периодически повторяемый анализ секрета предстательной железы. Если простатит сочетается с задним уретритом, то после массажа в заднюю уретру через специальный прибор – инстиллятор вводят 3–4 мл 0,5 %-ного раствора азотно-кислого серебра. При торпидном лечении простатита показана задняя уретроскопия с последующим лечением в зависимости от характера патологических изменений (грануляций, полипов, рубцовых изменений и т. д.). В случае обнаружения грануляций рекомендуется смазывание их 20,5 %-ным раствором азотно-кислого серебра 1 раз в 6–7 дней. Большие грануляции и полипозные разрастания требуют применения электрокоагуляции.

При рубцовых изменениях в задней уретре показано бужирование (т. е. искусственное расширение), курс 15–20 процедур. Если хронический простатит сопровождается свежими инфильтративными явлениями, то рекомендуется неспецифическая иммунотерапия типа лактотерапии. Хороший эффект дают гормональные препараты – метилтестостерон, тестостерон-пропионат. Они устраняют застойные явления, улучшая тем самым функцию предстатель-

ной железы. Если на почве хронического простатита развивается понижение тонуса мышечного аппарата железы, то для повышения его рекомендуется поглаживание (10–12 процедур

2 раза в неделю), инъекции тонизирующих средств (стрихнина, прозерина, галантамина), а из физических методов – лечение, направленное на восстановление мышечного тонуса (фарадизация и дарсонвализация железы).

В процессе лечения колликулитов необходимо предусмотреть устранение всех патогенных моментов, вызывающих развитие застойной гиперемии в образованиях малого таза. Если у больного колликулитом определяется картина простатита, везикулита, то лечение в первую очередь должно быть направлено на устранение воспалительных явлений в предстательной железе и семенном пузырьке. И только после этого можно приступить к лечению колликулита. При колликулите с явлениями мягкого или смешанного инфильтрата, а также при наличии грануляционных разрастаний проводятся смазывания семенного бугорка 20 %-ным раствором азотно-кислого серебра 1 раз в 6–7 дней. Если грануляционные и полипозные изменения на семенном бугорке носят резко выраженный характер, то для устранения их следует производить электрокоагуляцию.

В результате перечисленных воспалительных процессов в половых органах развиваются рубцовые изменения, стойко сохраняющиеся, несмотря на различные виды терапии. В эти рубцовые изменения, носящие порой микроскопический характер, неизбежно вовлекаются многочисленные нервные окончания, заложенные в области предстательной железы, семенного бугорка, задней уретры. Некоторые симптомы с трудом поддаются терапевтическим воздействиям, отличаются периодичностью и часто неправильно трактуются как проявления сопутствующих неврастенических и ипохондрических реакций. Не облегчают страдания больного психофармакологические средства и различные виды седативной терапии. Воспалительный процесс в половых органах не остается изолированным. Постоянное длительное раздражение нервных окончаний эрекционного, эякуляционного и органического рефлексов приводит в состояние повышенной возбудимости прежде всего нервно-половые центры спинного мозга. При лечении больных импотенцией необходимо уделять особое внимание восстановлению нормальной функции спинальных половых центров. Характер лечения определяется функциональным состоянием этих центров и проводится так же, как у больных спинальной импотенцией. Наиболее тяжелый характер половых расстройств, относящихся к нейрорецепторной импотенции, наблюдается у больных с травматическими невритами ветвей яичкового нерва, развивающимися на почве переломов костей таза. У таких больных среди остаточных явлений довольно часто фигурируют травматические простатиты, уретриты, стриктуры уретры. Наряду с лечением воспалительных изменений в половых органах предусматриваются терапевтические воздействия, направленные на восстановление целостности нервных путей. С этой целью следует проводить комплексное лечение витаминами В₁ и В₁₂, физическими методами (ди-атермoeлектрофорез с йодистым калием, а затем с прозеринoм: один электрод – на пояснично-крестцовую область, другой – на переднюю поверхность бедра). Показано назначение биогенных стимуляторов и антихолинэстеразных средств.

Гормонотерапия половых расстройств

Мужские половые гормоны относятся к стероидным гормонам. В настоящее время в кристаллической форме получен ряд андрогенных соединений – андростерон, дегидроандростерон, тестостерон, тесталлон.

Но из всех андрогенных соединений наибольшей активностью отличается тестостерон. Наиболее полноценными препаратами тестостерона, широко применяемыми в медицинской практике, являются метилтестостерон и тестостерона пропионат.

Основные свойства половых гормонов заключается в их влиянии на половые органы и половую функцию. Эти соединения способны восстанавливать функциональные нарушения,

наступающие в человеческом организме в связи с недостаточной функцией половых желез на почве их недоразвития или разнообразных повреждений, обусловленных травмой, инфекцией и другими причинами. Применение небольших доз полового гормона вызывает путем раздражения гипофиза усиление его функции, что ведет к увеличению продукции не только гонадотропных гормонов, но и других гормонов, вырабатываемых гипофизом. Половые гормоны, безусловно, показаны во всех случаях эндокринной импотенции: при отсутствии или недоразвитии яичек (гипогенитамуме), при вторичных формах гипогонадизма, связанных с нарушением функции гипофиза, щитовидной железы и надпочечников, больным импотенцией вследствие поражений нервных путей; при импотенции, обусловленной длительно протекающим хроническим простатитом. Гормонотерапия показана также пожилым людям с ослаблением половой способности.

Оказывая влияние на сосудистую систему половых органов, половые гормоны способствуют устранению застоя крови, улучшению кровообращения в предстательной железе и тем самым повышают эффективность применяемых обычно при лечении хронического простатита методов лечения.

Назначение половых гормонов целесообразно при поражении, сопровождающемся нарушением функции половых желез в случае отсутствия явных изменений с их стороны (таких как ослабление эрекции с выраженным понижением полового влечения и др.). Существуют различные способы введения половых гормонов, каждый из которых имеет свои особенности. Внутримышечный способ введения масляных растворов дает довольно высокую концентрацию препарата в крови. Действие препарата при этом длится в зависимости от величины дозы 1–2 дня. Этот способ введения обладает ударным действием и требует частых инъекций. Внутримышечные инъекции суспензии кристаллов гормонов дают меньшую концентрацию препарата, однако действие его продолжается несколько недель. Длительность всасывания зависит от формы и величины кристаллов: чем они меньше, тем выше концентрация и тем быстрее они всасываются. Метилтестостерон хорошо всасывается через стенку желудочно-кишечного тракта и слизистую оболочку рта. Для получения достаточно высокой концентрации метилтестостерон следует применять ежедневно несколько раз в день. Лучше всего применять его под язык, так как при применении внутрь он теряет в желудке свою активность примерно на 30 %. Метилтестостерон назначают в дозе от 20 до 30 мг (2–3 раза по 10 мг) в день в среднем в течение месяца. Некоторым больным целесообразно первые 7–10 дней назначать по 30 мг, а последующие дни – по 20 мг в день.

Назначение полового гормона противопоказано пожилым людям с выраженными явлениями атеросклероза и гипертонии. Длительное применение чрезмерно больших доз половых гормонов вызывает подавление функции гипофиза. Поэтому злоупотребление половым гормоном может вызвать атрофию яичек и азоосперию.

Передняя доля гипофиза вырабатывает два гонадотропных гормона: один из них стимулирует развитие фолликулов в яичниках и сперматогенную функцию яичек (фактор А); второй стимулирует образование желтого тела и гормональную функцию яичек (фактор В).

Наиболее важным источником гонадотропного гормона, получившего название пролана, являются экстракты, полученные из мочи беременных женщин. Пролан не идентичен гонадотропным гормонам передней доли гипофиза, он продуцируется не гипофизом, а зародышевой частью плаценты – тканью хориона.

Гонадостимуляторы сами по себе не обладают способностью тонизировать половые центры у мужчин. Они повышают тонус половых центров вторично, усиливая выработку полового гормона, который, в свою очередь, стимулирует деятельность половых центров. Отсюда ясно, что на терапевтический эффект в результате применения гонадостимуляторов можно рассчитывать только в том случае, если половые железы способны реагировать на стимулирующее действие гонадотропинов. У больных, у которых яички отсутствуют или находятся в состоя-

нии резко выраженной атрофии, нельзя ожидать ответной реакции на гонадо-стимуляторы, поэтому применение их в таких случаях является бесцельным.

Гонадостимуляторы показаны при недостаточности развития яичек, при половом и гипофизном уменьшении яичек, ослаблении половых функций у пожилых мужчин, а также при половых расстройствах, связанных со снижением функции предстательной железы. В последние годы внимание клиницистов привлекает адренокортикотропный гормон, являющийся одним из гормонов передней доли гипофиза, стимулирующий функцию коры надпочечников, а следовательно, и выработку ими андрогенов. Поэтому применение этого гормона может сказаться полезным при половых расстройствах, связанных с недоразвитием и понижением функции мужских половых гормонов.

Иглоотерапия половых расстройств и прижигание

Сущность методов иглоукалывания и прижигания сводится к раздражениям, которые вызываются либо введением тонких металлических игл в определенные точки кожного покрова тела, либо прижиганием этих точек тлеющей полынной сигаретой. Оба эти метода раздражения нередко применяются совместно.

По характеру и интенсивности раздражения иглоукалывание и прижигание значительно отличаются друг от друга. Раздражение теплом при прижигании ограничивается преимущественно поверхностными рецепторами и сосудами кожи. Раздражение при иглоукалывании возникает как в периферических нервных стволах и ветвях, так и в многочисленных рецепторах кожи, подкожной клетчатки, мышц, сосудов, расположенных в тканях по ходу иглы.

Иглоукалывание вызывает рефлекторным путем ответные реакции со стороны сердечно-сосудистой и эндокринной систем. Характер раздражения и ответной реакции организма зависит от места, в которое производится иглоукалывание, от глубины и продолжительности пребывания иглы в тканях, а также от исходного состояния нервной системы больного.

Наиболее благоприятные результаты можно ожидать у больных, страдающих патологическими поллюциями и преждевременной эякуляцией вследствие повышения возбудимости эякуляторного центра и общей неврастения, а также у больных с патологическим повышением возбудимости эрекционного центра.

Методика лечения этих больных состоит в систематическом введении в зависимости от характера заболевания от 3 до 6–8 игл. Учитывая, что иглоукалывание, помимо общей реакции, вызывает одновременно и более выраженные сегментированные реакции, выбирают точки, расположенные в тканях, иннервируемых из пояснично-крестцового отдела спинного мозга.

Хирургическое лечение нарушений эрекции

При нарушении эрекционной функции многие больные надеются на быстрое, автоматическое, не связанное с психотерапией излечение. Эта надежда может быть столь упорной, что даже после того, как тщательное обследование не выявит никаких патологических изменений, больной будет продолжать настаивать на своем отрицательном отношении к проведению иглоотерапии. Хирурги, проводящие операции на половом члене, знают, какое давление часто оказывают на них такие больные. Некоторые мужчины могут потребовать, чтобы им была сделана любая операция, которая может дать или хоть какую-нибудь надежду на достижение ригидности полового члена.

В течение последнего десятилетия в хирургии полового члена выявились три параллельно развивающихся направления:

- 1) имплантирование протезов (твердых или надувных);
- 2) выполнение корригирующих операций на артериях;
- 3) выполнение корригирующих операций для устранения нарушений оттока крови.

Имплантируемые протезы полового члена

Некоторые хирурги считают возможным производить имплантацию протезов полового члена в тех случаях, когда психотерапия и консультации сексопатолога, так же как и терапия андрогенами, были безуспешными. Другие хирурги считают возможным выполнять эти операции только в случае непсихогенных нарушений эрекции. Обнаружение того факта, что те больные, которые почти не пытались использовать какие-либо иные способы получения сексуального удовлетворения для преодоления нарушения эрекции, являются плохими кандидатами для имплантации протезов полового члена. Этим подчеркивается, насколько важно провести тщательное выяснение мотивов для проведения операции и отношения к ней как самого больного, так и его партнерши. Нужно выяснить:

- 1) степень половой активности больного до того, как он стал импотентом;
- 2) какие конкретные способы получения сексуального удовлетворения использовались больным после развития у него импотенции;
- 3) насколько важное значение придает каждый из двух сексуальных партнеров способности выполнять половой акт.

Наиболее широко используются в настоящее время протезы двух типов:

- 1) спаренные силиконовые стержни;
- 2) надувные протезы.

Наиболее тяжелым острым осложнением операций протезирования полового члена является инфекция, которая, если уж она началась, в конце концов развивается вдоль каналов, образованных в ходе операции. Развитие этой инфекции может привести к необходимости удаления протеза. Общее число случаев успешного функционирования протезов превышает 90 %. Исследование результатов имплантации надувных протезов у 175 мужчин и их сексуальных партнерш показало, что половина этих мужчин, так же как и около половины их партнерш, были весьма удовлетворены результатами операции. Еще одна четверть больных и их партнерш считали результаты операции посредственными. 11 мужчин были прооперированы по поводу нарушений эрекции, считавшихся психогенными. Имплантация стержневых протезов полового члена требует более простого хирургического вмешательства и лишь несколько дней пребывания больного в стационаре. Однако главным недостатком этих протезов является то, что они приводят к постоянной полуэрекции, которая может быть заметной.

Прекрасные технические результаты, полученные у 37 из 41 больного, были сообщены Б. Сманом в 1975 г.: 12 больных страдали нарушениями эрекции в результате атеросклероза, 15 имели повреждения спинного мозга, а у остальных больных имелись нарушения эрекции в результате различных причин, в числе которых были 2 больных с психогенными нарушениями эрекции. У 2 больных произошло выталкивание протеза с тяжелым инфицированием раны. После подавления инфекции только у 1 из этих 2 больных протезирование было полностью неудачным.

Приблизительно от 4000 до 5000 мужчин во всем мире ежегодно оперируются с целью имплантации протезов полового члена. Продолжают разрабатываться все новые конструкции таких протезов. Среди этих конструкций имеются протезы шарнирного типа (протез Джонсона) и протезы шарнирного типа со сгибающимися стержнями (протез Финнея).

Операции на артериях

Хирургическое лечение тромбоза общей подвздошной артерии и аневризмы (т. е. расширения нижней части аорты) может привести к нарушению эрекции или же оно может, напротив, привести к улучшению состояния ранее нарушенной эрекционной функции. Во время операций, производимых по поводу артериальной недостаточности нижних конечностей, можно выполнить удаление общей подвздошной артерии так, чтобы эта операция включала в себя и восстановление внутренней подвздошной артерии. Такая операция восстановит прямой ток

артериальной крови к половому члену и тем самым приведет к восстановлению эректионной функции. При закупорках, расположенных глубоко в половой артерии и в артерии полового члена, необходим другой подход для восстановления нормального артериального кровотока и обеспечения условий создания необходимого давления. Ревас-куляризация (т. е. наполнение новыми сосудами) полового члена была описана впервые в научной литературе Р. Мичодом. Под общим наркозом выделяют нижнюю надчревную артерию. Эту артерию изолируют, перемещают под паховую связку и вшивают в пещеристое тело. Из 21 больного (в возрасте до 63 лет), имевшего диагноз артериальной недостаточности, у 12 были технически успешные результаты наложения анастомоза, т. е. нового пути для оттока крови. Из этих 12 больных у 9 в итоге восстановилась нормальная половая жизнь, а у 3 после операции развился приапизм. После операции большая часть искусственно созданных новых кровотоков (так же как и новые кровеносные пути, описанные в других исследованиях) стала непроходимой. Через год после операции лишь очень небольшое число таких анастомозов оставалось открытым.

Из-за плохих результатов Р. Мичод в 1980 г. изменил методику проведения операции, и в настоящее время они накладывают новые пути оттока крови по типу «конец в бок» между нижней надчревной артерией и дорсальной артерией полового члена, расположенной с той же самой стороны, что и надчревная артерия. Эта операция устраняет риск последующего развития приапизма, и ее отдаленные результаты указывают на более длительное функционирование анастомозов, поскольку через 2 года после операции у 17 из 31 оперированного больного анастомозы продолжали функционировать.

Метод хирургической реваскуляризации полового члена следует рассматривать как все еще находящийся в ранней стадии своего развития. Основное внимание должно быть сосредоточено на совершенствовании методики и техники выполнения операции. Совершенствование методов диагностики причин нарушений эрекции также поможет в деле отбора больных.

Операции, корригирующие аномальные условия оттеkania крови

Приапизм является таким заболеванием, при котором лечение может привести к развитию нарушения эректионной функции. По мере развития способов лечения приапизма было испробовано множество видов хирургических операций. Эбби Ойе в 1975 г. предложил операцию, в ходе которой образуется фистула, которая иногда зарастает, и у больного сохраняется потенция. Однако в других случаях длительное существование утечки крови из пещеристых пространств предотвращает развитие эрекции. Проведение измерений скорости кровотока в половом члене и кавернозо-графии предоставит необходимые данные для уточнения диагноза и установления месторасположения фистулы. Закрытие фистулы хирургическим путем выполняется просто. Под местным обезболиванием выполняется разрез позади венца головки полового члена. Рассечение ткани под головкой полового члена в итоге приведет к повреждению белочной оболочки. Введение окрашенной жидкости в пещеристое тело поможет выявить месторасположение утечки крови, после чего фистулу ушивают. Самопроизвольная патологическая утечка крови из пещеристых тел может также послужить причиной первичного нарушения эрекции, являясь врожденным дефектом. В других случаях утечка крови из пещеристых тел может быть не врожденным, а приобретенным нарушением, которое может не выявиться до тех пор, пока не произойдет развитие умеренной артериальной недостаточности. В тех случаях, когда место утечки крови точно определено при помощи кавернозографии, требуется довольно простое хирургическое вмешательство, которое обычно дает хорошие результаты.

ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ МУЖСКОЙ ПОТЕНЦИИ

Возникновение неврозов и реактивных состояний связано с негативным воздействием факторов внешней среды и предрасположенным к заболеванию состоянием центральной нерв-

ной системы, поэтому профилактические мероприятия должны быть направлены как на улучшение внешних условий жизни и деятельности человека, так и на укрепление его нервно-психического здоровья.

Следует отметить, что вопросам полового воспитания уделяется явно недостаточное внимание, показателем чего являются бедность современной литературы по этому вопросу и противоречивость взглядов. Половое воспитание не должно выделяться в нечто особое. Наоборот, элементы его всегда должны предусматриваться в системе общего воспитания и обучения. Пропаганда знаний в области гигиены и психогигиены половой жизни также ведется пока недостаточно. Между тем именно эти недостатки лежат в основе многих патогенных факторов, обуславливающих развитие половой слабости.

В предупреждении сексуальных расстройств большое значение имеет профилактика астенических состояний. Общее переутомление и истощение центральной нервной системы приводят к расстройству сексуальной регуляции и снижению сопротивляемости травмирующим психику влияниям. Профилактика истощений складывается из правильного чередования и регламентирования труда и отдыха, режима сна, индивидуализированного общеукрепляющего режима закаливания, рационального питания, диспансерного выявления и своевременного лечения начальных форм нервного истощения.

Также воздействие алкоголя на половые железы вызывает жировое перерождение и разрастание в них соединительной ткани. От этого сперматозоиды становятся неполноценными, уменьшается их количество в семенной жидкости вплоть до полного исчезновения, уменьшается и количество полового гормона.

Злоупотребление табаком также может привести к половой слабости. Опытами на животных доказано, что при даче им табака с пищей или окуривании табачным дымом у них резко падала половая функция, наблюдались атрофия и перерождение яичек. Никотин оказывает угнетающее действие на центры эрекции и эякуляции в спинном мозге, понижает тонус мускулатуры и сосудов, участвующих в эрекции полового члена.

В первой стадии никотиновой интоксикации проявляется преждевременное семяизвержение, затем ослабевает и эрекция-ная способность.

Причиной половых расстройств иногда оказываются способы предохранения от беременности. Наиболее вредный из них – прерывание полового акта перед семяизвержением и оргазмом с целью предотвратить попадание семенной жидкости в женские половые органы. На этом фоне рано или поздно у мужчины развивается преждевременное семяизвержение. И если вообще при прерванном сношении женщина удовлетворялась не всегда и недостаточно, то в этом случае неудовлетворенность ее возрастает еще больше, что часто приводит к конфликту между супругами. Лучшими средствами предохранения следует считать те, которые при сравнительной ненадежности не мешают естественному протеканию полового акта. С точки зрения профилактики импотенции необходимо применять женские средства (маточные колпачки, шарики и т. п.). Однако в каждом случае должна быть индивидуальная оценка пригодности способа для данной женщины. Можно использовать периоды физиологической стерильности женщины.

Профилактика половых расстройств тесно связана с предупреждением и лечением онанизма, который во многих случаях является причиной заболеваний. Ранний онанизм является следствием преждевременного пробуждения полового чувства. Онанизм может быть вызван рядом факторов (бессонницей, вызванной любыми причинами, угнетенным состоянием, страхом) и всем тем, что ведет к сосредоточению внимания подростка на самом себе. Нужно принять меры к тому, чтобы ослабить влияние полового инстинкта на психику молодого человека. Единственно правильным является создание такого быта и досуга, при котором преобладающими становятся высшие естественные чувства и переживания. Это путь в спортивные и музыкальные кружки, обращения к литературе и искусству.

На почве застоя крови в тазовых органах при привычном онанизме иногда наблюдаются расстройства непосредственно половой сферы – заболевание внутренней части мочеиспускательного канала и предстательной железы с расстройством половой функции. В этих случаях могут появляться боли в паху или чувство жара в половых органах. После 16-летнего возраста молодым людям полезно знать все, что касается последствий онанизма и других вредных влияний на половую функцию. Достаточно бывает врачу в доступной форме разъяснить сущность половых отправления, важность воздержания и вред онанизма, как молодые люди сами находят в себе силы, чтобы сознательно побороть голос инстинкта или прекратить уже начавшиеся половые извращения.

Возникновение травмирующего психику конфликта и полового расстройства часто связано с холодностью жены, нетактичным поведением ее в половой жизни, нечистоплотностью или нечувствительным, небрежным отношением к мужу при временном ослаблении половой функции, связанном со случайными преходящими причинами. Для проведения профилактических мероприятий среди этой категории больных необходимо учитывать важнейшие факторы чувственных отношений супругов.

В профилактике нарушений половой функции играют важную роль отклонения от так называемой половой нормы. Половая норма зависит от индивидуальных особенностей мужчины (общего здоровья и темперамента, особенностей любовных отношений, от профессии, характера работы и от убежденности в полезности или вредности частых половых связей). Внешние причины, от которых зависит частота половых связей, весьма разнообразны (особенности климата и квартирные условия, двигательный режим и режим сна, характер питания, темперамент и эмоциональная настроенность и симпатия к мужу). Очень частые половые связи остаются безвредными только в том случае, если они практикуются непродолжительное время. При длительном злоупотреблении истощаются половые железы и снижается возбудимость нервных сексуальных механизмов. Половая деятельность, которая превышает естественные физиологические потребности, должна расцениваться как чрезмерная, ибо неизбежно приводит к расстройству здоровья. Половые излишества ослабляют и расстраивают нервную систему, ухудшают сон и работоспособность, отрицательно влияют на характер и интеллект мужчины: снижаются воля, способность творческого поиска, теряются целеустремленность и усидчивость в работе. Средней нормой для здорового мужчины большинство сексологов считают в возрасте от 25 до 35 лет – 3–4 акта в неделю; от 35 до 45 лет – 2–3 акта в неделю; от 45 до 55 лет – 1 акт в 5–7 дней и в более пожилом возрасте – еще реже.

Следует избегать повторных половых связей после короткого перерыва, так как после них надолго может оставаться неприятное ощущение тяжести в области тазовых органов. Подобное ощущение часто остается после полового сношения, совершаемого утром, перед выходом на работу. При частом повторении подобных явлений ослабевают эрекционный и эякуляционный рефлексы. Оптимальная частота связей вырабатывается самими супругами в процессе жизни. По продолжительности половой акт должен признаваться нормальным тогда, когда для обоих супругов он заканчивается оргазмом. Для молодых людей средняя продолжительность при первом сближении – 3–5 мин, при повторном – до 10 мин. Причиной полового расстройства бывает неадекватно пережитая неудача первой брачной ночи. При этом сама неудача обычно обусловлена случайными обстоятельствами – чрезмерным давлением и новизной чувства, сверхсильным половым возбуждением, переходящим в запредельное торможение, свадебным алкогольным опьянением. Женщина, которая любит по-настоящему, сумеет сгладить первую неловкость мужчины, отнестись к ней с пониманием и тактом; половая жизнь налаживается сама по себе, а так называемая импотенция первой брачной ночи, которая встречается довольно часто, проходит незамеченной. Врачу необходимо учитывать переживаемое чувство стыда, которое возникает при сближении мужчины и женщины. Истинный стыд является регулятором полового инстинкта: он остерегает от опрометчивого выбора пары, повышает и одно-

временно укрепляет половое влечение юноши и девушки, отодвигая момент полового общения.

Решающее значение для гармоничных взаимоотношений супругов имеют условия, в которых происходит половая жизнь. Несоответствие внешних условий и нарушения в гармоничности взаимоотношений также приводят к половым расстройствам. Супружеская неверность и ревность становятся причиной половой слабости. Половая жизнь с одним человеком обеспечивает привычную последовательность фаз полового сближения зафиксированную в виде условно-рефлекторного стереотипа. Связь с другим человеком ведет к ломке условно-рефлекторного механизма и переживанию угрызения совести. Эти оба обстоятельства расстраивают или тормозят половую функцию.

Довольно часто страдающие импотенцией без совета врача употребляют лекарственные средства, чем наносят еще больший вред половой функции. Некоторые больные, пытаясь найти причину своего заболевания и средство лечения, перечитывают медицинские книги, однако, не будучи способными разобраться в них, еще больше запутываются и ухудшают свое состояние. Нужно знать, что в подавляющем большинстве случаев опасна не столько сама импотенция, сколько ее давность. При своевременном обращении к врачу достаточно бывает выполнить его советы, и половая сила полностью восстанавливается. Всякое чувство стыда при обращении к врачу должно разъясняться как ложное и вредное, ибо чем дольше больной импотенцией не обращается к врачу, тем больше он волнуется по поводу своей болезни и тем больше обрывает эта болезнь различными невротическими и психическими расстройствами.

ГЛАВА 3

СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН

ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ И КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ СЕКСУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН

Расстройства сексуальной функции у женщин распространены в гораздо большей степени, чем принято думать. Отсутствие желания заниматься сексом и проблемы с оргазмом встречаются у женщин любого возраста. В отличие от мужчины, юность у женщины не является гарантией так называемого сексуального голода и позитивных эмоций, получаемых от секса. Согласно результатам одного из исследований каждая третья женщина не хочет секса, каждая четвертая испытывает трудности с достижением оргазма, каждая пятая жалуется на сухость влагалища, что практически сводит на нет всякое желание секса. Последний симптом наиболее часто отмечается у женщин в климактерическом периоде. Каждая пятая женщина испытывает различной интенсивности боль при половых сношениях. По различным данным более 50 % женщин никогда не испытывали оргазма. Между тем считается, что оргазм у женщин не является единственным критерием сексуальной удовлетворенности и имеется определенная разница между сексуальной удовлетворенностью женщины вообще и оргазмом в частности. Удовлетворенность интимной жизнью женщины в значительной мере зависит от индивидуально-нравственной совместимости супругов, от степени их духовной общности. Но ни в коей мере нельзя отрицать значимого влияния оргазма и сексуального удовлетворения женщины на половую жизнь и супружеское счастье. Оно также зависит от сексуального соответствия, которое обусловлено сексуальной реакцией. Однако, если все другие факторы удовлетворительны, женщина может считать свой брак счастливым даже при полной неспособности реагировать на сексуальное возбуждение. В значительной степени все виды психических и соматических нарушений в организме человека обусловлены сексуальной энергией, не получающей должной разрядки. Отсутствие оргазма у женщин – одна из основных причин встречающихся у них психофизических расстройств. Происхождение сексуальных расстройств у женщин может быть различным. В основе могут лежать многие факторы, среди которых стрессы на работе, забота о детях, тройная нагрузка, лежащая на женщине как на партнере, матери и работающем человеке. Среди причин особое значение имеют психогенные факторы, так как сексуальное поведение взрослого человека определяется взаимодействием психики и тела. Это те же факторы, которые способствуют расстройствам мужской потенции, однако у женщин, отличающихся повышенной эмоциональностью, ранимостью и чувствительностью, они приобретают большую значимость и могут затормаживать сексуальные проявления. Вместо потенции у женщин говорят о способности получать оргазм (оргазми). О том, насколько женщины чувствительны к малейшим, незначительным помехам, свидетельствует остроумный опыт, проведенный известным сексологом. Он попросил для определения продолжительности коитуса несколько супружеских пар о том, чтобы жена включала секундомер в момент его начала и выключала по его окончании. Ни одна из этих женщин не испытала оргазма и не получила удовлетворения от близости. Хотя это были женщины, которые регулярно (а многие даже и неоднократно в течение одного коитуса) испытывали оргазм. Таким образом, любая, даже нейтральная, посторонняя мысль во время коитуса исключает достижение женщиной оргазма.

Аноргазмия может возникнуть в результате воздействия психологических факторов, к которым можно отнести, например, несоответствие партнера идеалу, неуверенность во взаимности, сильные переживания, связанные с сексуальной стороной жизни.

Одной из частых форм аноргазмии является невроз ожидания, который возникает у тревожно-мнительной женщины, ожидавшей от полового сношения чего-то необычного. Во время акта такая женщина напряжена, не может расслабиться, отключиться.

В отличие от мужчины, половое возбуждение у женщины легче подвергается торможению. В связи с этим упомянем причины, из-за которых может возникнуть временное снижение полового чувства. К этому могут привести, скажем, грубость при дефлорации, насильственное обнажение застенчивой женщины, боязнь беременности, страх, что другие могут быть свидетелями акта (например, когда близость происходит в комнате, где также спят дети или родители).

Некоторые авторы придерживаются мнения, что наиболее часто встречающимся фактором снижения сексуальной активности женщин является психологический запрет, в основе которого лежат страх, чувства противоречия и обиды. Страх – причина, препятствующая свободно вступать в сексуальные отношения. Это может быть страх перед болью, боязнь беременности, боязнь попасть в зависимость от мужчины. Кроме того, вступая в близкие отношения в определенных обстоятельствах, женщина может испытывать чувство вины, враждебности, ненависти, отвращения, агрессии, обиды, что также негативно влияет на последующую сексуальную жизнь. Очень важен первый сексуальный опыт. Женщины, подвергшиеся в юности сексуальному насилию, или женщины, которые шли на первую близость с ожиданием нежности, ласки, а получили грубость, почти насилие, – все они имеют в дальнейшем очень серьезные проблемы с оргазмом, потому что первый опыт является установкой для всей дальнейшей сексуальной жизни.

Отдельные авторы считают именно страх главной причиной фригидности. Фригидность может сопровождаться другими формами сексуальной дисфункции: различными болевыми ощущениями в области гениталий, болезненными спазмами мышц влагалища, вызванными чувством сексуального страха. Таким образом, причины сексуальных расстройств у женщин во многих случаях имеют психологическую природу.

Некоторые авторы видят причины расстройств в пограничных состояниях. Этиологическим фактором может быть также влияние на сексуальную функцию женщин прерываемых половых актов. Систематически практикуемые прерываемые половые акты могут приводить к так называемому застойному возбуждению, расстройствам рецепторного аппарата вследствие застойных явлений в органах малого таза. Было установлено, что при прерванном половом сношении 67 % женщин никогда не испытывают оргазма.

По различным данным, имеется тесная зависимость между половым удовлетворением и наличием гинекологического заболевания. Так, среди женщин, которые не испытывали оргазма, гинекологических заболеваний не было только у 30,5 %. Поэтому все женщины с жалобами на сексуальные нарушения подлежат гинекологическому обследованию.

На человеческие реакции и предпочтения оказывают влияние воспитание, моральные представления. Причиной половой холодности может быть предубеждение против сексуальности вообще и гетеросексуальности в частности, связанное с неправильным воспитанием в семье. Способность женщины переживать оргазм в значительной степени зависит от того, какое воспитание получила она в семье, будучи девочкой, девушкой.

В то время как многие молодые женщины считают желание реализованной сексуальности нормальным, многие более пожилые находятся под влиянием полученного воспитания, по принципам которого получение удовольствия от секса считалось прерогативой мужчины. К фригидности могут приводить временные психологические состояния и предубеждения, связанные с неблагоприятной обстановкой, усталостью и занятостью. Поэтому сексуальные потребности нельзя рассматривать в качестве безусловных рефлексов – они могут ослабевать и восстанавливаться, что очень важно для любой терапии.

Проблемы в сексуальной жизни могут также быть связаны с ложным представлением у мужчины о природе сексуального возбуждения и оргазма у женщин. Одной из причин патологии является неправильное поведение мужа, который не может обеспечить нужное возбуждение женщины, для того чтобы она испытывала сексуальное удовлетворение. В этом случае большое значение имеют невысказанные желания женщины. Неготовность женщины к оргазму может быть следствием недостаточной стимуляции ее партнером, недостаточной продолжительности прелюдии и самого акта, а также пассивности женщины, полагающейся только на действия мужчины. Это неудивительно, потому что женщина как сексуальный партнер больше зависит от мужчины, который обычно определяет частоту, ритм, форму проведения полового акта, а социальные нормы поведения, обусловленные половым воспитанием, не всегда позволяют женщине вносить коррективы в сексуальное поведение партнера. В результате этого эрогенные зоны (как генитальные, так и экстрагенитальные) не получают достаточной стимуляции. Так, например, у 25 % здоровых женщин высокочувствительной эрогенной зоной является область клитора, а влагалище малочувствительно. Эти женщины обычно испытывают оргазм при дополнительном раздражении клитора. У многих женщин весьма чувствительна наружная треть влагалища, в то время как матка и глубокие отделы влагалища малочувствительны. Преимущественное воздействие на те или иные эрогенные зоны зависит от позы, в которой происходит сближение, несоответствующая поза может быть одной из причин дисгамии.

Чтобы преодолеть эти трудности, женщина должна узнать тайны собственного тела. Этому помогают специальные упражнения. Они раскрепощают женщину, позволяют ей почувствовать себя сексуальным существом. Положительную роль играет также мастурбация, позволяющая женщине понять, какие именно прикосновения для нее наиболее желанны, и потом рассказать об этом партнеру.

Мужчина должен не только сам эротически экспериментировать, но и стимулировать сексуальную инициативу женщины.

Следует учитывать, что сексуальные переживания женщины во многом определяют половые гормоны, вследствие чего потребность в сексе меняется в различные фазы цикла. В период климакса также происходят значительные изменения.

В работах последних лет отмечается зависимость сексуального расстройства и сексуальной активности от половой конституции супругов, которая в значительной мере определяет устойчивость или чувствительность организма к воздействию патогенных факторов на половую функцию. Следует отметить патогенное влияние на сексуальную функцию искусственного прерывания беременности, которое может приводить к сексуальной гипестезии, гипо- и даже аноргазмии.

КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ И ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ НОМЕНКЛАТУРА ЖЕНСКОЙ СЕКСУАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Клиническая классификация женской сексуальной патологии по этиологическим признакам в достаточной степени затруднена. В 20-х гг. XX в. были предприняты первые попытки такой классификации, в дальнейшем она претерпела значительные изменения. Общепринятой классификации сексуальных расстройств у женщин не существует до настоящего времени. На основании накопленного клинического опыта в настоящее время большинство ученых придерживаются мнения, что сексуальные расстройства у женщин вызываются теми же соматогенными и психогенными факторами, что и у мужчин. Основные синдромы заболеваний свидетельствуют о нарушении той или иной фазы полового цикла или одновременно нескольких в различных комбинациях. Исходя из этого можно принять единую этиологическую класси-

фикацию основных заболеваний, при которых наблюдаются половые расстройства у женщин и у мужчин.

Однако еще нет достаточно универсальной классификации сексуальных расстройств у женщин, которая охватывала бы все клинические варианты этих расстройств и основывалась бы на их этиопатогенетической природе, определяющей развитие целого ряда различных по своей сущности форм заболеваний.

Развитие сексуальной патологии у женщин может быть следствием различных причин и условий. В одних случаях ее возникновение происходит на фоне соматического благополучия и не связано с какими бы то ни было заболеваниями организма, т. е. выступает в качестве самостоятельной патологии. Она может быть обусловлена определенными внешними причинами, конституциональными факторами или систематическими произвольными нарушениями физиологической программы полового акта. Это так называемые первичные сексуальные расстройства. В других случаях, появление алибидемии, аноргазмии, гениталгии и различных других расстройств может выступить в качестве специфических сексопатологических синдромов различных заболеваний организма.

В большинстве случаев сексуальные расстройства вторичны, т. е. являются следствием каких-либо соматических или нервно-психических заболеваний. При этом следует иметь в виду, что во всех случаях сексуальных нарушений, обусловленных соматическими заболеваниями, вскоре возникают разной степени выраженности невротические реакции, которые, как правило, усугубляют тяжесть этих расстройств. Женские сексуальные расстройства вторичной природы главным образом обусловлены урологическими, гинекологическими, эндокринными проблемами. К сексуальным нарушениям могут приводить также сердечнососудистые заболевания (атеросклероз, гипертоническая болезнь), хронические заболевания печени и почек, ожирение, депрессия, длительный прием определенных лекарственных средств. Сексуальные расстройства возникают при злоупотреблении алкоголем, табаком, морфием.

Весьма многочисленны сексуальные расстройства, обусловленные нервно-психическими нарушениями.

Следует иметь в виду, что половые расстройства у одних женщин могут выступать исключительно в форме изменений характеристик копулятивного цикла, которые не являются препятствием к половой жизни, но нарушают сексуальную функцию. У других женщин половые расстройства изменяют программу копулятивно-го цикла таким образом, что наряду с изменениями его физиологических характеристик появляются добавочные, несвойственные нормальному половому акту симптомы, препятствующие половым сношениям, такие как вагинизм, гениталгии. На основании вышеперечисленного различные формы сексуальных расстройств у женщин можно подразделить на две группы:

1) различные формы психосексуальных расстройств, не являющихся препятствием для половой жизни. В эту группу входят, в частности, проявления гиперсексуальности и различные формы половой холодности женщин;

2) различные клинические варианты психосексуальных расстройств, при которых появляются несвойственные физиологической программе копулятивного цикла проявления, создающие определенные препятствия для половых сношений, вплоть до их невозможности. В эту группу расстройств следует относить различные варианты гениталгии и вагинизма.

Наиболее популярная современная классификация сексуальных нарушений у женщины построена на клиническом принципе и учитывает исторически сложившиеся обозначения форм половых нарушений. В нее входят:

- 1) половая холодность женщины (фригидность);
- 2) вагинизм;
- 3) гениталгия;
- 4) нимфомания;

- 5) чрезмерная мастурбация;
- 6) половые перверсии:
 - а) нарушение направленности полового влечения (аутоэротизм, гомосексуализм, педофилия, геронтофилия, трансвестизм, зоофилия);
 - б) нарушение условий реализации полового влечения (фетишизм, мазохизм, садизм, эксгибиционизм).

Приведенный список охватывает как основные формы сексуальных нарушений, наблюдающиеся у женщин, так и достаточно редко встречающиеся. В ряде случаев эти формы имеют не только клинические, но и патогенетические особенности.

ФРИГИДНОСТЬ

Фригидность – полное отсутствие или снижение у женщины полового влечения, специфических сексуальных ощущений и оргазма. Симптомы в зависимости от патогенеза и длительности расстройств варьируют в широких пределах: от снижения яркости ощущений до полной фригидности. В некоторых случаях фригидность может сопровождаться тягостными ощущениями или отвращением к половому акту. Фригидность может носить временный или постоянный характер, возникать как с начала половой жизни, так и в процессе ее у женщин, ранее испытывавших оргазм. Детородная функция при фригидности не нарушена.

Различают первичную и вторичную фригидность.

Клинические проявления первичной фригидности

К первичной фригидности следует отнести случаи половой холодности, развивающиеся вне связи с какой бы то ни было соматической патологией организма. Первичная фригидность чаще развивается с начала половой жизни (кроме случаев вынужденного длительного полового воздержания). Причины возникновения первичной фригидности и особенности клинической симптоматики и течения заболевания позволили подразделить ее на пять клинических форм: паторефлекторную, дисрегуляторную, абстинентную, ретардационную и конституционально-генетическую.

Паторефлекторная форма

В основе развития паторефлекторной формы первичной фригидности лежит срыв нервной регуляции полового акта с нарушением его физиологической программы. В последующем происходит закрепление возникшей патологии по механизмам невротической фиксации. Таким образом, происходит формирование патологического рефлекса, что и является основой для появления признаков данного сексуального расстройства. Наиболее частой причиной развития этой формы первичной фригидности является патологическая фиксация на первом не-удачном половом акте вследствие внешнего торможения. К числу факторов, приводящих к развитию фригидности по этим механизмам, относятся грубое насилие, неблагоприятные условия полового акта, внезапное воздействие сильных раздражителей слухового или зрительного анализаторов, а также резкие болевые ощущения, испытываемые женщиной при половом акте.

Начало половой жизни у каждой женщины связано с дефлорацией, и в зависимости от обстоятельств этот момент оказывает большое влияние на всю ее последующую сексуальную жизнь. Для каждой женщины дефлорация является большим или меньшим стрессом. У ряда женщин половая холодность развивается в связи с патологической фиксацией на первом неудачном половом акте, обусловленном внутренним торможением. Причинами развития фригидности по этим механизмам являются страх перед дефлорацией, боязнь беременности или заражения венерическими заболеваниями, вынужденные половые сношения с отрицатель-

ной эмоциональной установкой на партнера, опасение разоблачения, установка на неполноценность партнера, несоответствие мужа воображаемому идеалу, неуверенность в прочности семейных отношений, неправильные психологические установки в связи с чрезмерной строгостью воспитания и т. д.

Во многих случаях развитие данной формы первичной фригидности происходит при несоответствии суммации раздражений, возникающих при половых сношениях, выработанному стереотипу ощущений, испытываемых женщиной при мастурбации.

Иногда к формированию патологического условного рефлекса может приводить невротическая фиксация случаев аноргазмии, являющейся следствием различных острых интеркуррентных заболеваний или других вредных факторов (например, алкогольного опьянения), приводящих к кратковременной половой гипестезии (это патологический условный рефлекс на болезненное состояние).

Фактором развития первичной фригидности может являться невротическая фиксация различных физиологических колебаний функционирования половой сферы в результате утомления, авитаминоза, недосыпания, могущих быть причинами сексуальной гипестезии и аноргазмии.

У ряда женщин возможна также условно-рефлекторная фиксация времени, места, позы и конкретной обстановки как неперенных условий для половых сношений. Вне этих условий нормальный половой акт становится невозможным. Общим механизмом развития половой холодности при действии вышеуказанных причин также является образование патологического условного рефлекса.

Тщательный сбор анамнеза больных позволяет установить конкретные причины и условия, ставшие этиологическим фактором (этиологическими факторами) развития сексуальной патологии. Проведенный анализ клинической симптоматики фригидности показал, что в подавляющем большинстве случаев при паторефлекторной форме фригидности половое влечение, как правило, не ослабевает. Более выраженным оказывается нарушение чувственного компонента полового акта в форме гипестезии (снижения чувствительности половых органов). В исключительных случаях выраженность нарушения достигает степени сексуальной анестезии. Ведущим симптомом паторефлекторной формы первичной фригидности является нарушение оргазма, которое чаще всего носит характер аноргазмии (отсутствия оргазма), в случаях подострого течения заболевания – гипооргазмии (редкого оргазма). Показатели сексуальной формулы женщины с пато-рефлекторной формой фригидности свидетельствуют о наличии у этих больных ряда определенных отклонений от нормы. Так, у большинства женщин наблюдается снижение интереса к половым сношениям. Половой акт становится для них безразличным. У всех больных этой группы имеет место отсутствие оргазма при половом сношении в обычных для них условиях. В то же время у этих больных оргазм может наблюдаться при свидениях эротического содержания. Подавляющее большинство женщин, страдающих паторефлекторной формой первичной фригидности, после полового сношения испытывают ощущение не получившего должной разрядки полового возбуждения, что сопровождается чувствами униженности, досады и состоянием тоски.

Паторефлекторная форма первичной фригидности развивается преимущественно у молодых женщин со слабой и средней половой конституцией. Структурный анализ сексуального нарушения у больных рассматриваемой формой фригидности выявляет наличие поражения психической составляющей копулятивного цикла, которое чаще всего отражает имеющуюся у больных патологическую невротическую фиксацию на сексуальном срыве. Вместе с тем у некоторой части больных поражение психической составляющей сочетается с ослаблением нейрогуморальной составляющей копулятивного цикла, обусловленным дисгармонией полового развития.

Патогенетическими факторами развития паторефлекторной формы первичной фригидности являются определенный склад личности и астенический тип соматической конституции.

Клиническая симптоматика указанной формы фригидности сопровождается, как правило, развитием вторичных невротических расстройств. Степень выраженности невротической патологии находится в зависимости как от типологических особенностей больных и их реакции на возникшую болезнь, так и от внутрисемейной конфликтной ситуации, обусловленной психологическим фактором проявлений возникшего сексуального расстройства. Немалую роль играет симптоматика, обусловленная обострением характерологических черт больных. Наиболее часто у таких женщин наблюдаются раздражительная слабость, эмоциональная неустойчивость, возникновение различного рода навязчивости (в частности, навязчивого ожидания неудачи при половых сношениях). Последнее обстоятельство может отрицательным образом отражаться на потенции мужчины. Таким образом, наличие фригидности и появление невротического ожидания неудачи, как правило, накладывают негативный отпечаток на характер межличностных отношений супружеской пары. Сопутствующие фригидности чувства досады, неудовлетворенности и даже отчуждения у жены, а также недоумения, подозрительности и ревности у мужа приводят к дисгармонии супружеских отношений. Возникающая конфликтная ситуация, в свою очередь, отрицательно влияет на сексуальную потенцию супружеской пары. При проведении соответствующего комплексного лечения и последующих психопрофилактических мероприятий прогноз заболевания благоприятный.

Дисрегуляторная форма

Эта форма первично проявляющейся фригидности может развиваться вследствие систематического практикования (систематической практики) партнерами прерываемых половых актов. Прерывание полового акта – это прием, когда с целью недопущения попадания семени во влагалище мужчина прерывает половой акт перед самым излитием семени, вынимая пенис из влагалища. В большинстве случаев у мужчин и женщин кривые нарастания оргазма выражены почти параллельно, но оргазм женщины несколько отстает от мужского. Женщина ощущает его через некоторый отрезок времени, если после полового акта и эякуляции половой член продолжает оставаться во влагалище. Преждевременное прерывание полового акта и извлечение полового члена ведет к тому, что женщина не получает оргазма. В результате прерванного полового сношения в гениталиях у женщины возникает так называемый очаг застойного возбуждения: наблюдается повышенное кровенаполнение половых органов, а также раздражение рецепторного аппарата. Женщина может чувствовать ряд неприятных, а иногда и болезненных ощущений, пока гиперемия не спадет через некоторое, иногда довольно длительное время. При многократном развитии подобных состояний могут появляться нарушения функционирования генито-сегментарного аппарата и расстройство нервной регуляции половой функции. Развиваются хроническая гиперемия, отечность тканей, нарушения менструального цикла. Ряд ученых считает, что эта хроническая гиперемия ведет к фиброзному перерождению мышцы матки и даже к развитию в ней опухолей – фибромиом матки.

В основе возникновения срывов нервной регуляции сексуальной деятельности женщин при данной форме фригидности могут лежать стрессовые ситуации, обусловленные напряженным ожиданием момента прерывания полового акта в связи со страхом перед беременностью. Они приводят к изменению функционального состояния нейроэндокринной системы, регулирующей половую функцию. Стрессовые ситуации приводят также к образованию очагов застойного возбуждения в центрах головного и спинного мозга, что является следствием прерывания полового акта перед оргазмом или при начавшемся оргазме, который из-за этого остается незавершенным. Другим не менее важным фактором является гемостаз в органах малого таза и обусловленное этим длительное раздражение рецепторного аппарата половых органов женщины. Это приводит к изменению параметров нервной информации, идущей по каналам

прямой связи к мозговым центрам, что может сказываться на их деятельности и влиять таким образом на нервную регуляцию половой функции.

Дисрегуляторная форма фригидности развивается постепенно. Наиболее характерным ее клиническим проявлением является сочетание сексуальной гипестезии и гипооргазмии, или изолированная аноргазмия. Эти клинические симптомы нередко сопровождаются появлением гениталгии, являющейся следствием патологических изменений в половых органах в связи с застоем крови в малом тазе. Дисрегуляторная форма половой холодности наблюдается чаще всего у женщин со склонностью к инертности психоэмоциональных процессов. Тип половой конституции слабый или средний. Такие больные в большинстве случаев характеризуются определенными чертами характера: нерешительностью, склонностью к сомнениям, мнительностью и т. п.

Клинические проявления сексуальных нарушений при указанной форме фригидности сопровождаются развитием невротических расстройств, усугубляющих сексуальное расстройство. Течение дисрегуляторной формы первичной фригидности характеризуется периодичностью, интенсивность ее клинических проявлений зависит от фазы месячного цикла и различных преходящих факторов. Данные свидетельствуют о том, что у большинства женщин при рассматриваемой форме половой холодности наблюдается безразличие и даже разной степени отвращение к половым сношениям, которым они не препятствуют лишь из чувства долга или в связи с желанием избежать конфликта с мужем. У всех больных данной формой фригидности наблюдается гипо- или аноргазмия, причем у подавляющего большинства после половых сношений возникают ощущение тяжести в половых органах и даже гениталгии. Анализ сексуального нарушения при дисрегуляторной форме первичной фригидности показывает, что у больных имеет место поражение психической составляющей копулятивно-го цикла, что, по-видимому, является результатом эмоционального напряжения больных в связи с наличием страха перед беременностью, который обуславливает систематические прерывания половых актов. У многих женщин наблюдается поражение генитосегментарной составляющей в результате застоя крови в органах малого таза, обусловленного половым возбуждением и отсутствием оргазма. Может иметь место также хроническое воспаление придатков, матки. Весьма часто отмечается также ослабление нейрогуморальной функции, которое, как правило, обнаруживается у лиц со слабой половой конституцией и играет роль патогенетического фактора в развитии половой холодности.

Абстинентная форма

Развитие абстинентной формы половой холодности у женщин является следствием вынужденного длительного полового воздержания (абстиненции). Организм женщины неоднозначно реагирует на отсутствие половой жизни в зависимости от сроков воздержания. В первый период вынужденного полового воздержания наблюдается усиление либидо и появление эротических сновидений, но в результате длительного отсутствия половой жизни либидо постепенно снижается и эротические сновидения исчезают. Таким образом, длительное вынужденное половое воздержание приводит к угасанию условных рефлексов, участвующих в реализации физиологической программы полового акта.

Развитие абстинентной формы фригидности наблюдается преимущественно у женщин среднего и старшего возраста, живших до периода вынужденного продолжительного воздержания регулярной половой жизнью. Следует отметить, что длительный перерыв в половой жизни, связанный с периодом беременности и родами, к развитию фригидности не приводит. Это объясняется особым состоянием половой сферы в этот период. Происходит нейрогуморальная перестройка организма под влиянием такой новой мощной доминанты, как материнство, что и определяет иной характер психофизиологических реакций организма на длительный перерыв в половой жизни.

Клинические проявления абстинентной формы первичной фригидности обнаруживаются сразу же после периода длительного полового воздержания. Чаще всего имеет место триада симптомов: снижение либидо, гипостезия половых органов (отсутствие специфических ощущений при фрикциях) и притупление или отсутствие оргазма.

Проведенный анализ показывает, что части лиц с абстинентной формой первичной фригидности половой акт доставляет большее или меньшее удовольствие, но, как правило, не завершается оргазмом. Подавляющее большинство таких женщин отмечает, что влагалищная слизь выделяется у них не всегда. У большинства из них имеет место обусловленная возрастом дисменорея, а у некоторых менструации в течение последних лет полностью отсутствуют.

Структурный анализ сексуального нарушения при абстинентной форме фригидности свидетельствует о том, что у больных чаще всего наблюдается поражение психической, генитосегментарной и нейрогуморальной составляющих копулятивного цикла. Поражение психической составляющей при этой форме фригидности происходит в результате угасания условных половых рефлексов и детренированности сексуальной функции. Поражение генитосегментарной составляющей может быть следствием сопутствующей гинекологической патологии. Ослабление нейрогуморальной составляющей объясняется наблюдающейся у части больных дисгармонией полового созревания или возрастными изменениями эндокринной системы.

Всегда ли вынужденное половое воздержание приводит к развитию фригидности? Это в определенной степени зависит от возраста больных, от их половой конституции. В молодом возрасте абстинентная форма первичной фригидности развивается лишь у женщин со слабой половой конституцией, в пожилом возрасте также у лиц со средней и даже сильной половой конституцией. У большинства больных абстинентной формой фригидности вторичные невротические нарушения оказываются слабовыраженными. Это объясняется тем, что установление факта абстинентной фригидности бывает связано с возобновлением половой жизни. Течение абстинентной формы первичной фригидности чаще всего носит регрессирующий характер. С началом половой жизни после длительного перерыва нормализация женской потенции происходит постепенно. Вначале восстанавливается либидо и исчезает сексуальная гипестезия, а затем появляется оргазм. Продолжительность периода восстановления сексуальной функции у женщин носит сугубо индивидуальный характер, но, как правило, занимает короткий промежуток времени, обнаруживая прямую зависимость от силы чувств к половому партнеру и его сексуальной активности.

У женщин пожилого возраста прогноз абстинентной формы первичной фригидности менее благоприятный.

Ретардационная форма

Способность к переживанию оргазма развивается не у всех женщин одинаково быстро. У одних она обнаруживается уже в раннем детском возрасте, у других – лишь спустя некоторое время после замужества. В некоторых случаях женщина впервые испытывает оргазм после родов.

В подобных случаях запаздывания развития полового чувства говорят о ретардационной форме первичной фригидности.

Ретардационная форма первичной фригидности носит временный характер и связана с задержкой пубертатного и психосексуального развития женщины.

В случаях запаздывания психосексуального развития у женщин, достигших возраста половой зрелости и вступивших в нормальные супружеские отношения, в течение длительного периода времени наблюдается отсутствие полового влечения и оргазма. Такое запаздывание может быть следствием не только задержки полового развития в пубертатном периоде, но и неправильного воспитания девочки с выработкой отрицательной установки на половую жизнь. Если она усвоила, что секс – это недостойное занятие для порядочной женщины, что

это грязно, что это только для мужчин, то такая установка может навсегда закрепить женщину, а некоторые из них даже гордятся своей фригидностью.

Может сказаться влияние перенесенных в детстве заболеваний, приведших к задержке полового развития.

Ретардационная форма фригидности характеризуется изолированным отсутствием оргазма либо сочетанным снижением или отсутствием либидо, чувственного сексуального компонента и оргазма, т. е. специфической триадой симптомов, свойственных фригидности. В этом случае влечение носит незрелый характер – оно останавливается на эротической или платонической стадиях, и отсутствие оргазма сочетается с удовлетворением на эмоциональном уровне без каких-либо тягостных ощущений. Анализ проведенных исследований свидетельствует о том, что у одних женщин наблюдается безразличие к половому акту, а у других при половом акте возникают приятные ощущения, но оргазма не наблюдается. Подавляющее большинство женщин, страдающих ретардационной формой первичной фригидности, после полового сношения не испытывают никаких неприятных ощущений. Одни из них отмечают физическое безразличие, другие – моральное удовлетворение в связи с тем, что доставили наслаждение любимому человеку. У некоторых женщин с ретардационной фригидностью наблюдались преждевременные менструации или их задержка на несколько дней. Структурный анализ сексуального нарушения у больных с рассматриваемой формой фригидности выявляет наличие поражений нейрогуморального и психического факторов копулятивного цикла, которые чаще всего носят сочетанный характер.

Определенным образом на развитие заболевания влияют особенности характера женщин. Большинство их отличаются робостью, застенчивостью, нерешительностью и пассивностью. У женщин с ретардационной формой фригидности вторичные невротические расстройства чаще всего бывают слабовыраженными, поскольку проявления половой холодности не являются для них актуальными. Что же касается наблюдающейся у ряда больных эмоциональной лабильности, то она, как правило, бывает обусловлена психическим инфантилизмом, а не реакцией на половую холодность. Клинические проявления ретардационной формы фригидности отмечаются с самого начала половой жизни и носят относительно устойчивый характер. Вместе с тем прогноз этой формы половой холодности чаще всего благоприятный. Факторами, способствующими нормализации копулятивного цикла у женщин с ретардационной фригидностью, являются беременность и роды, а также смена сексуального партнера.

Конституционально-генетическая форма

Для некоторых женщин фригидность является врожденным состоянием. В таких случаях диагностируется конституционально-генетическая форма первичной фригидности. Конституциональная фригидность при хорошем здоровье и половом развитии, способности к деторождению встречается примерно у 10 % женщин.

Данная форма половой холодности женщин может быть следствием врожденной аномалии функции структур, составляющих основу полового инстинкта и осуществляющих нейрогуморальную регуляцию копулятивного цикла. Она проявляется с самого начала половой жизни, как правило, в виде специфической триады симптомов – сочетанного снижения либидо, сексуальной чувствительности и оргазма, причем весьма нередко степень выраженности этих явлений достигает соответственно алибидемии, сексуальной анестезии и аноргазмии. Анализ проведенных исследований свидетельствует о том, что у большинства таких женщин наблюдается безразличие к половой жизни. Как правило, лица, страдающие конституционально-генетической формой фригидности, никогда не испытывали оргазма. Половые сношения происходят у таких женщин без внутреннего побуждения, в основном из чувства долга, чтобы избежать конфликта или удовлетворить желание партнера. У подавляющего числа женщин, страдающих конституционально-генетической формой фригидности, выделение влагалищной слизи

к началу полового акта происходит не всегда. У многих из них наблюдаются непродолжительные задержки менструаций. Анализ сексуального нарушения у больных свидетельствует о сочетании поражения нейрогуморального и психического, а в некоторых случаях и генитосегментарного компонента копулятивного цикла. Поражение нейрогуморальной составляющей объясняется задержкой или дисгармонией полового созревания. Слабость психической составляющей связана с имеющимся у части больных психическим инфантилизмом. Поражение генитосегментарного компонента обычно является следствием гинекологических заболеваний воспалительного характера. Вместе с тем среди больных встречались и лица, у которых половая холодность сочеталась с отсутствием нарушений выраженности вторичных половых признаков. Вторичные невротические реакции при конституционально-генетической форме фригидности, как правило, наблюдаются лишь у некоторых больных и бывают слабовыраженными. Больные обычно мало реагируют на свою сексуальную недостаточность. Они не страдают от своей фригидности и к врачу обращаются либо по настоянию партнера, либо желая быть как все и испытывать половое удовлетворение, которое испытывают другие. Течение конституционально-генетической формы более или менее благоприятное.

Клинические проявления вторичной фригидности

Если симптомы половой холодности у женщины находятся в причинно-следственных отношениях с различными заболеваниями организма и составляют их специфические синдромы, такая фригидность является вторичной. Вторичная фригидность встречается значительно чаще, чем первичная. К заболеваниям, при которых могут развиваться снижение или отсутствие полового влечения, отсутствие специфических ощущений при фрикциях и оргазма, относят неврозы, психопатии, психозы, органические заболевания центральной и периферической нервной системы, эндокринную патологию, урологические, гинекологические и другие соматические заболевания. Иногда бывает трудно установить прямую зависимость между характером патологии и нарушением сексуальной функции у женщин. На фоне имеющихся у ряда женщин психических заболеваний и различных вариантов психопатий констатируется преимущественное поражение психической составляющей копулятивного цикла. У этого контингента больных половая холодность характеризуется выраженным снижением либидо и оргазма. Происходит это вследствие доминирующей значимости аффективных расстройств, болезненных интерпретаций, навязчивостей и бредовых переживаний. Развитие половой холодности при урологических и гинекологических заболеваниях связано не только с изменениями функционального состояния половых органов, но и с влиянием этой патологии на общее состояние организма. У этих больных чаще всего наблюдается сочетанное поражение генитосегментарного, нейрогуморального и психического компонентов копулятивного цикла. Неспецифические воспалительные заболевания женщин ведут к хроническому венозному застою в малом тазу и резко снижают половую способность женщины как к либидо, так и к оргазму. Инфекционные гинекологические заболевания в большей степени нарушают половую функцию женщины, вызывая резкую болезненность полового акта, часто ведут к резко отрицательному отношению к половой жизни. Однако воспалительное заболевание половых органов женщины не всегда приводит к расстройству сексуальной функции по типу снижения либидо. В некоторых случаях значительная гиперемия внутренних гениталий резко усиливает либидо и ведет к более интенсивной половой жизни по инициативе женщин, что вызывает обострение и затягивание процесса. Вместе с тем даже незначительные нарушения деятельности половых органов могут в некоторых случаях сопровождаться сексуальными расстройствами. Появление сексуальных нарушений при гинекологических заболеваниях в значительной мере зависит также от состояния нервной системы, от степени и формы конституционально-личностной реакции больных. Некоторые авторы указывают на закономерную связь между выраженностью сексуального расстройства при урогенитальной патологии и степенью сохранности различных

компонентов эндокринного обеспечения половой функции. При различных урогенитальных заболеваниях может возникать изолированное или сочетанное снижение либидо, сексуальной чувствительности и оргазма.

В некоторых случаях сексуальные расстройства появляются после аборт и гинекологических операций.

Большая группа сексуальных нарушений обусловлена нейро-гуморальной патологией. Нейрогуморальные сексуальные расстройства развиваются при поражении диэнцефального отдела головного мозга (субталамического нейрогуморального центра) или отдельных эндокринных желез (гипофиза, половых желез, надпочечников) и др. Возникновению фригидности способствуют дисфункции яичников, андрогенная недостаточность.

В большинстве случаев сексуальные расстройства связаны с поражением нескольких эндокринных желез, например, при синдромах задержки или дисгармонии полового созревания, а также в случае возрастного ослабления половых функций. В этиологии нейрогуморальных сексуальных расстройств основную роль играют генетические аномалии, опухоли, воспалительные процессы, нарушения кровоснабжения. Патогенез этой группы сексуальных расстройств заключается в том, что нарушение нейро-гуморальной регуляции половых функций, которая определяет энергетический уровень сексуальности, приводит к снижению (реже к повышению) полового влечения, что проявляется гипо– или гиперсексуальностью.

Клинические проявления половой холодности при эндокринных заболеваниях включают изолированное или сочетанное расстройство либидо, сексуальной чувствительности и оргазма. Выраженность и течение фригидности находятся в прямой зависимости от формы и тяжести эндокринной патологии и степени компенсаторных возможностей организма. Злоупотребление алкогольными напитками отрицательно влияет на сексуальную функцию женщин. При этом чаще всего наблюдаются ослабление полового влечения и сексуальная гипестезия, а также гипо– и даже аноргазмия, которые чаще всего носят сочетанный характер. Кроме того, у многих женщин, злоупотребляющих алкоголем, наблюдаются симптомы вегетативной неустойчивости, напоминающие изменения в климактерическом периоде.

В основе развития половой холодности при хроническом алкоголизме лежит сочетанное поражение нейрогуморальной и психической составляющих копулятивного цикла, обусловленное интоксикационной энцефалопатией, сопровождающейся как психическими нарушениями, так и расстройствами нейрогуморальной регуляции внутренней среды организма. При систематическом курении может иметь место снижение сексуальной чувствительности, которое нередко сопровождается притуплением оргазма.

НИМФОМАНИЯ

Нимфомания, или гиперсексуальность у женщин, – патологическое усиление полового влечения и повышение способности к переживанию оргазма. Данное сексуальное расстройство встречается реже, чем фригидность, и имеет меньшее значение в практической сексопатологии.

Клинические проявления гиперсексуальности чаще всего характеризуются изолированным повышением полового влечения, которое может сочетаться с усилением чувствительного компонента полового акта и с повышенной способностью к повторным оргазмам. Так, некоторые больные способны переживать 20–30 оргазмов в течение ночи. Может увеличиваться и продолжительность оргазма – до 1 ч и более.

Причины развития нимфомании разнообразны. У подавляющего числа больных в основе гиперсексуальности лежат различные психические расстройства, органические поражения нервной системы (травматического, инфекционного или сосудистого генеза) с нарушением деятельности гипоталамической области и лимбической системы, эндокринная и урогениталь-

ная патология, а также другие заболевания. Таким образом, практическую значимость имеет преимущественно вторичная (симптоматическая) гиперсексуальность.

Наиболее частыми заболеваниями, при которых наблюдается гиперсексуальность, являются маниакально-депрессивный психоз, шизофрения, психопатии, патологический климакс, истерия с гипертимическими проявлениями, опухоли гипофиза, яичников и др.

В настоящее время нимфомания рассматривается как синдром, имеющий место при различных эндокринных, органических, неврологических и психических заболеваниях.

При гипоталамическом синдроме половое возбуждение часто носит приступообразный характер. Оргазм в таких случаях затяжной, волнообразный, не дает чувства удовлетворения или приносит лишь кратковременное снижение полового влечения. Провоцировать приступ могут как разговоры на эротические темы и присутствие мужчин, так и объекты, не имеющие отношения к половой жизни. Приступы могут сопровождаться другими проявлениями гипоталамического синдрома: нарушениями сна, аппетита, повышением температуры тела. У больных, страдающих эпилепсией, а также перенесших энцефалит, иногда наблюдаются внезапные приступы полового возбуждения с импульсивным влечением к половой разрядке. В таких случаях больные нередко идут на половое сближение с первым встречным. В некоторых случаях патологическое усиление полового влечения возникает после пережитого стресса, сильного испуга или физического напряжения.

В зависимости от возраста пациенток, страдающих нимфоманией, различают две формы этого заболевания:

- 1) нимфомания у молодых;
- 2) климактерическая нимфомания.

Нимфомания у молодых

Молодые женщины с признаками нимфомании в большинстве случаев не тягостятся своим состоянием и не считают себя больными. Обычно они ощущают себя темпераментными, а повышенное либидо считают своим женским достоинством, положительным качеством женщины. Следует заметить, что граница между крайними вариантами нормы и патологией в некоторых случаях гиперсексуальности не слишком отчетлива.

Страдающие нимфоманией женщины могут обращаться к врачу если:

- 1) повышение либидо становится чрезмерным;
- 2) они считают подобное состояние безнравственным или греховным.

Если повышение либидо только начинает беспокоить больную, бывает достаточно назначения внутрь бромкамфары. Если повышение либидо бывает настолько чрезмерным, что отравляет существование женщины, больные проходят курс психотерапии. Прогноз обычно благоприятный. Нимфомания молодых женщин, продолжаясь годами, может со временем перейти в климактерическую. Так, В. К. Андреев в своей монографии рассказывает об одной американке, которая 12 раз была официально замужем: мужа либо умирали от истощения, либо вынуждены были развестись.

Климактерическая нимфомания

В норме после установления менопаузы у большинства женщин либидо угасает или уменьшается. В ряде случаев оно остается примерно на том же уровне, что и до менопаузы. Если же либидо в данный период жизни женщины резко возрастает, развивается климактерическая или постклимактерическая нимфомания. Развитие климактерической и постклимактерической нимфомании связано с нарушением гормонального равновесия между мужскими и женскими половыми гормонами в связи с ослаблением гормональной функции яичников. В некоторых случаях климактерическая нимфомания также является одним из симптомов шизофрении, маниакально-депрессивного психоза и органических поражений диэнцефальной

области. Во всех соответствующих случаях необходимо лечение у психиатра, невропатолога или нейрохирурга.

Повышение либидо в пожилом возрасте переносится женщинами крайне тяжело. Замужние женщины обычно имеют пожилых мужей со сниженной потенцией, а незамужние (старые девы, разведенные, вдовы), потеряв свою привлекательность, часто не могут рассчитывать на удовлетворение своих желаний. Больные обычно жалуются на изнуряющее половое желание. Стойкое половое возбуждение может держаться годами, не давая покоя ни днем ни ночью. Иногда гиперсексуальность сопровождается сильным зудом наружных половых органов.

Обычно климактерическая нимфомания начинается одновременно с началом климакса или через несколько лет менопаузы, но иногда может начаться и в предклимактерическом периоде. Нелеченая климактерическая нимфомания может продолжаться до глубокой старости. В большинстве случаев климактерическая нимфомания ведет к чрезмерной мастурбации или к перверсиям (в основном к скотоложству или трибадии). Лечение включает назначение седативных средств наряду с сеансами психотерапии.

ВАГИНИЗМ

Вагинизм – рефлекторное сокращение мышц преддверия влагалища и тазового дна, возникающее при попытке полового акта или проведении гинекологического исследования, не связанное с патологическими изменениями половых органов.

Термин «вагинизм» впервые был предложен английским гинекологом Д. Саймсом в 1861 г. Этим термином он назвал «болезненные спазматические сокращения входа во влагалище». До этого времени подобное состояние у женщин обозначали менее удачным термином «вагинодиния». В прошлом имели место многочисленные дискуссии гинекологов о природе этого явления. Так, долгое время считалось, что в некоторых случаях причиной вагинизма могут быть трещины заднего прохода. Сторонники этой теории происхождения вагинизма отмечали, что среди гинекологических больных, особенно с воспалительными процессами в малом тазе, очень распространены упорные спастические (проктогенные) запоры, сопровождающиеся резкой болезненностью дефекации и трещинами заднего прохода. Тем не менее во множестве случаев врачи не отмечали связи между запорами и вагинизмом.

Часть исследователей считала причиной вагинизма гонорейную инфекцию. По мнению некоторых авторов, причиной вагинизма могло быть воспаление придатков. Очевидно, не зная этио-патогенеза вагинизма, исследователи видели причину в любом сопутствующем заболевании. Так, были описаны случаи вагинизма, которые, на взгляд врачей, явились следствием отравления косметическими препаратами, содержащими свинец.

В настоящее время доказано, что вагинизм является чисто психогенным заболеванием.

Под вагинизмом понимают системный невроз, заключающийся в судорожном спазме мышц преддверия влагалища, промежности, тазового дна и бедер и сопровождающийся резкой болезненностью при малейшем прикосновении к наружным половым органам (болевая гиперестезия), в большинстве случаев делающий невозможной даже малейшую попытку половой близости. Частота этой патологии невелика, вагинизмом страдают от 3 до 4 % молодых женщин.

Расстройство может появиться вследствие различных причин. У некоторых такое состояние возникает из-за страха первого сношения, после изнасилования или грубой дефлорации, другого рода насилия, испуга, стресса, отсутствия элементарных знаний о половой жизни и т. п.

Иногда толчком к развитию вагинизма могут явиться неудовлетворительные бытовые условия, особенно если в комнате молодоженов находится постороннее лицо.

Причинами также могут быть неправильное половое воспитание девочки, бытовые пережитки. Следует заметить, что неправильное половое воспитание девочек до настоящего вре-

мени встречается в России довольно часто. Как правило, все делается из лучших побуждений, но при неокрепшей психике и соответствующих внушениях секс может начать представляться молодой девушке как нечто неприемлемое и постыдное. Основное место в этиологии вагинизма занимает психическая травма, связанная с дефлорацией. Бесспорно, оправдано утверждение, что вагинизм – заболевание женщин, только что вышедших замуж.

Определенную роль в развитии вагинизма играют особенности характера женщины. Различные фобии и навязчивые состояния, безусловно, могут предрасполагать к развитию неадекватной реакции на боль при дефлорации.

Тягостное состояние вагинизма возникает независимо от воли женщины рефлексорным путем из-за боязни повторения боли, пережитой при первой попытке к половому сношению. Таким образом, вагинизм в этих случаях является целесообразным оборонительным рефлексом. Некоторые авторы, считая спазм при вагинизме защитным рефлексом, сравнивают его с миганием век при попадании инородного тела на роговицу глаза.

Очень часто страх перед малейшим прикосновением к половым органам бывает настолько велик, что женщина инстинктивно все время держит ноги плотно сдвинутыми и, несмотря на страстное желание избавиться от своего страдания, никак не может даже лечь в гинекологическое кресло хотя бы для наружного осмотра.

По особенностям возникновения и клиническому течению вагинизма различают три его формы: неврастеническую, фобическую и истерическую.

Неврастенический вагинизм чаще всего наблюдается у легковозбудимых, чувствительных женщин с астенической конституцией. В основе формирования вагинизма в этом случае выступает непроизвольная условно-рефлекторная защитная судорожная реакция, а не чувство страха половой близости или тревожное ожидание боли. Поэтому обычно дело не идет дальше I, редко II степени вагинизма, и женщина вновь и вновь пытается начать или продолжить половую жизнь.

Фобический вагинизм характерен для женщин, страдающих неврозом навязчивых состояний. Здесь главную роль играет страх полового акта. Характерно, что больные критически оценивают свое состояние, понимают необоснованность страха, пытаются его преодолеть, но не могут. Боязнь полового акта или гинекологического исследования вызывает бурную эмоцию страха уже при одном прикосновении к половым органам или при виде гинекологического кресла, а иногда лишь при мысли о них, причем театральность в поведении не характерна для этих больных. Здесь чаще всего наблюдаются II и III степени вагинизма. К этой форме заболевания более склонны женщины тревожно-мнительные, боязливые. У таких пациенток нередко также какие-либо другие фобии (боязнь беременности, темноты, инфекции и пр.).

Истерический вагинизм встречается при нежелании женщины жить половой жизнью с данным партнером. Нежелание половой близости в данном случае может быть осознанным или неосознанным (подсознательный отказ от половой жизни). Вагинизм здесь является средством для достижения этой цели. Он возникает по механизму условной приятности или желательности болезненного симптома и носит черты некоторой театральности, гротеска, драматического изображения отвращения или боязни половой близости, нередко сопровождается жалобами на жгучие боли, возникающие при малейшем прикосновении к половым органам. Как и при любом истерическом симптоме или синдроме, здесь имеется патологическая адаптация к нежелательной ситуации, которая обычно не осознается больной. При такой картине чаще встречается II степень вагинизма. Причины, порождающие нежелание женщины жить с данным лицом половой жизнью, могут быть различными (вынужденный брак, физические или моральные качества мужчины, вызывающие отвращение, половая слабость мужа). Иногда неспособность дефлорировать жену из-за половой слабости ведет к возникновению у женщины неосознаваемого желания вообще не начинать половой жизни с этим партнером, что и приводит к вагинизму.

Различают *три степени вагинизма*.

I степень – реакция наступает при введении мужского полового члена во время полового акта или при введении врачом инструмента или пальца во влагалище.

II степень – реакция наступает при приближении пениса или инструмента к половым органам или при наружном прикосновении к последним.

III степень – реакция наступает при одном представлении о половом акте или гинекологическом исследовании.

При вагинизме также различают целый комплекс рефлекторных движений:

- 1) приведение бедер и поворот их внутрь;
- 2) лордоз позвоночника;
- 3) замыкание тазового выхода;
- 4) смещение всего тела.

Приведение бедер происходит вследствие судороги больших приводящих бедренных мышц (*m. adductor femoris magnus*), которым старые анатомы дали образное название «стражей девственности» (*m. custus virginum*). Замыкание тазового выхода и интродуктуса происходит вследствие судорожного сокращения мышц тазового дна.

У большинства женщин при вагинизме половое возбуждение наступает достаточно легко, нормально увлажняется влагалище, предварительные ласки приятны и приносят удовлетворение, сохраняется нормальное половое влечение и способность к оргазму. Тем не менее многие молодые женщины, неудачно начавшие половую жизнь, иногда долгие годы продолжают оставаться девственницами, либо совершенно не допуская никакой близости, либо ограничиваясь наружным прикосновением к половым органам (вестибулярное сношение).

Иногда вагинизм может продолжаться годами и являться серьезным препятствием для нормальной семейной жизни, так как женщина в этом случае старается избегать половых сношений, а если и соглашается на интимную близость (только в легких случаях вагинизма), то ценой весьма неприятных ощущений.

Женщины, страдающие вагинизмом, как правило, страстно мечтают забеременеть. К врачу часто обращаются супружеские пары, которые желают иметь детей, но расстройство жены не позволяет ей забеременеть. Это так называемые девственные браки (виргогамия). Нельзя согласиться с мнением, что в случаях вагинизма всегда имеются отчетливые указания на инфантилизм женщины. Убедительным доказательством его отсутствия у большинства больных является то, что многие пациентки после лечения вагинизма быстро забеременели и благополучно родили.

Если женщина при вагинизме все же забеременела (при затекании спермы или при легкой форме расстройства), после родов в большинстве случаев вагинизм самопроизвольно излечивается.

Особого внимания заслуживает тяжелый приступ вагинизма, при котором может наступить *penis captivus* (пленение полового члена). Спазм мышц тазового дна может достигать такой большой силы, а сжатие основания пениса может быть настолько велико, что мужчина не имеет возможности извлечь его из влагалища. Ввиду того что артерии полового члена расположены более глубоко, чем вены, а артериальное давление во много раз сильнее венозного, кровь продолжает поступать в пещеристые тела пениса, а ее отток полностью прекращается. Это ведет к резкому увеличению объема полового члена, что еще более затрудняет его выведение. Резкие попытки мужчины освободиться от крайне болезненного «плена» еще более усиливают спазмы у женщины. Боль может достигать шоковой силы и несмотря на неблагоприятную обстановку доводит мужчину до крика и требования врачебной помощи. В старое время эта помощь заключалась в помещении обоих партнеров в теплую ванну. В последующем рекомендовалось давать глубокий наркоз женщине.

Известный отечественный сексолог В. И. Здравомыслов предложил более удобный способ, опубликованный им в 1937 г. Женщина как можно сильнее напрягает брюшной пресс (как при дефекации), а мужчина вводит указательный палец в прямую кишку женщины и сильно оттягивает ее кзади. Спазм немедленно проходит, и пенис освобождается. Приведем интересный пример из врачебной практики.

Однажды во время гинекологического осмотра 27-летней женщины, несколько месяцев тому назад вышедшей замуж, В. И. Здравомыслов почувствовал настолько сильное сжатие мышц влагалища, что с большим трудом мог извлечь пальцы. Из расспроса выяснилось, что больная до регистрации брака несколько лет жила с теперешним мужем неофициально. Не желая терять девственности, пользовалась вместо нормального коитуса различными его суррогатами. В начале нормальной половой жизни у нее развился вагинизм, заключавшийся в совершенно безболезненном, но очень мощном непроизвольном сжатии мышц промежности, вследствие чего получался *penis captivus*. Попытки больной ослабить тонус мускулатуры, как и попытки мужа прервать акт, вызывали всегда еще большее усиление спазма и боль. Больная в настоящее время живет очень интенсивной половой жизнью, явления спазма бывают не при каждом коитусе, а только несколько раз в месяц, в день, когда больной приходилось много нервничать. Больная рассказала, что в первый месяц супружества этот спазм доставлял ей и мужу много огорчений, но впоследствии они «приспособились».

Однажды муж, стараясь освободиться «из плена», ввел указательный палец правой руки в анус жены и сильно оттянул его кзади. Немедленно наступило полнейшее расслабление влагалища. Учтя это обстоятельство, супруги впредь стали немедленно и с неизменным успехом ликвидировать наступающий спазм.

Указания на возможность *penis captivus* встречаются у многих сексопатологов. К счастью, это весьма неприятное осложнение вагинизма встречается крайне редко. Так, многие известные врачи, хотя и описали *penis captivus* в своих трудах по сексологии, в своей практике ни разу не наблюдали его.

Описанную клиническую картину чисто психорефлекторного спазма можно назвать истинным вагинизмом. В то же время в некоторых случаях вагинизм может не сопровождаться мощным сокращением мышц бедер и тазового дна, а выражаться лишь чрезмерной болевой гиперестезией наружных половых органов, обусловленной вульвовагинитом, экземой, герпесом, трещинами и ссадинами вульвы, трещинами заднего прохода, камнями уретры и пр.

Подобные отклонения необходимо отнести к так называемому псевдовагинизму. Под псевдовагинизмом подразумевается не особое нозологическое заболевание, а лишь синдром, сопровождающий анатомические изменения вульвы, вызванные указанными заболеваниями. Все эти заболевания вульвы, уретры и заднего прохода, затрудняющие или даже иногда исключаящие коитус, относятся к другим разделам гинекологии, урологии или хирургии и к истинному вагинизму отношения не имеют.

МАСТУРБАЦИЯ И ОНАНИЗМ У ЖЕНЩИН

Чрезмерная мастурбация

Мастурбация – раздражение собственных эрогенных зон (чаще всего половых органов) с целью вызывания оргазма. Если половая жизнь является единственной парной функцией человека, т. е. для ее осуществления требуется наличие двух партнеров (в нормальном варианте – лиц различного пола), то мастурбация представляет собой достижение оргазма искусственными приемами самостоятельно, без полового контакта с другим лицом. Наряду с термином «мастурбация» употребляются также такие названия, как онанизм, рукоблудие, ипсация. Наибольшее распространение получил термин «мастурбация».

Термин «онанизм» по существу неправилен. Он происходит от имени библейского юноши Онана, который согласно еврейскому закону левират-брака должен был жить половой жизнью с вдовой своего старшего брата Тамарой. Он не хотел, чтобы она забеременела, и перед оргазмом прекращал сношение, выливая семя на землю.

Различают следующие виды мастурбации.

1. Мастурбация периода юношеской гиперсексуальности, которая наблюдается в период полового созревания и прекращается с началом половой жизни. Этот вариант составляет более 70 % случаев мастурбации. Он обусловлен в основном биосоциальной дисгармонией – пробуждением полового влечения и проявлением половой активности в период, когда индивидуум еще не достиг социальной зрелости. При этом мастурбация служит средством, позволяющим устранить проявления физиологического дискомфорта, вызванного биологической потребностью, которая еще не может быть удовлетворена адекватным путем.

2. Ранняя, или допубертатная, мастурбация, которая характеризуется ранним началом (до пробуждения либидо).

3. Заместительная, или викарная, мастурбация, которая возникает в зрелом возрасте (обычно после 20 лет) при наличии опыта половой жизни и обусловлена нерегулярностью половой жизни или сексуальной неудовлетворенностью.

4. Персеверативная мастурбация, для которой характерны признаки навязчивости, в наиболее выраженных случаях она продолжается в браке при отсутствии либидо и оргазма.

5. Подражательная мастурбация, которая наблюдается у детей и подростков и никогда не практикуется наедине, а только в компании сверстников для подражания им.

Мастурбация периода юношеской гиперсексуальности и заместительная мастурбация лечения не требуют, так как с началом регулярной половой жизни и при условии сексуальной удовлетворенности потребность в ней исчезает. При ранней и персеверативной мастурбации, обусловленных нередко психическими заболеваниями (чаще процессуального характера), необходимо лечение основного заболевания. Подражательная мастурбация требует не лечения, а мер воспитания и социальной коррекции.

Мастурбации (или онанизму) как у мужчин, так и у женщин посвящено множество исследований. Ранее многие авторы считали ее крайне вредной и часто дающей непоправимые осложнения в виде тех или иных болезней. Теперь это мнение в значительной мере опровергнуто множеством исследований. В целом отрицательное влияние мастурбации на здоровье обусловлено главным образом страхом, который может быть причиной невротических расстройств, особенно у лиц с тревожно-мнительными чертами характера.

В некоторых случаях мастурбацию даже считают целесообразной, так как она дает необходимую разрядку при длительном половом воздержании и позволяет улучшить кровоснабжение органов малого таза, а также обеспечивает выброс в кровь эндорфинов (как и во время секса).

Таким образом, если здоровая женщина, временно не живущая половой жизнью, изредка мастурбирует, то это обычно не нарушает ее общего состояния и она к врачу не обращается. Такая спорадическая мастурбация очень распространена. Кроме того, мастурбация является для женщины практически незаменимым способом изучения собственного тела, дающим возможность научиться испытывать оргазм. По статистике, около 80 % женщин впервые испытывают сексуальную разрядку не с мужчиной, а во время мастурбации.

По некоторым данным, до 90 % мужчин и 42 % женщин прибегали к онанизму. При этом мужчины начинали онанировать в юном возрасте, а у женщин начало его не зависело от возраста. 25 % женщин, начавших онанировать до интимных связей, продолжали это делать и позже, параллельно с нормальным коитусом, особенно если не получали удовлетворения от последнего. Женщины, склонные к мастурбации, имели большее количество половых партнеров.

М. Маргулис в своей монографии «Болезни века» цитирует профессора П. Бергера: «Каждый взрослый, без исключения, когда-либо занимался онанизмом».

Если женщина мастурбирует в качестве суррогата половой жизни от 1 раза в месяц до 2–3 раз в неделю, мы считаем это физиологическим явлением. Если же она онанирует по нескольку раз в день, это уже «чрезмерная мастурбация», которая требует врачебного вмешательства.

В нашей работе мы будем касаться только случаев чрезмерной мастурбации. Ряд исследователей считает, что часто мастурбация является причиной первичной фригидности. Говоря более точно, следует заметить, что если в некоторых случаях онанизм и развивает впоследствии фригидность женщины, то по большей части в этом не так виновата сама мастурбация (особенно викарная), как весь мастурбационный психологический комплекс.

Как в очень старой медицинской литературе, так и в более новой встречаются многочисленные указания на удачное излечение внушением мастурбации как у детей, так и у взрослых. Обычно чрезмерная мастурбация развивается на фоне нимфомании.

Способы мастурбации крайне многообразны. В большинстве случаев женщины для онанизма используют второй палец руки, которым либо трут клитор, либо вводят его во влагалище.

Иногда палец заменяется каким-нибудь продолговатым предметом различной толщины в зависимости от обстоятельств. Девственницы пользуются карандашами, шпильками, градусниками, которые вводят либо через отверстие в девственной плеве во влагалище, либо в уретру. Женщины же пользуются сосисками, сардельками, бананами.

В восточных странах применялись искусственные пенисы, проникшие затем в Западную Европу, а в последнее время – в нашу страну.

Некоторые девушки и женщины достигают оргазма подергиванием за малые половые губы, которые от частого применения этой процедуры значительно удлиняются. Таких женщин при гинекологическом осмотре часто можно узнать по этому признаку.

Необходимо отметить, что довольно часто женщины во время онанизма вообще не дотрагиваются руками до половых органов, а просто ритмично сжимают ноги. Некоторые женщины достигают оргазма при работе на ножной швейной машине, езде на велосипеде или верхом на лошади. Некоторые наши пациентки сообщили, что наиболее сильный онанистический оргазм они получают от направленного на клитор теплого душа. Многообразны не только способы мастурбации, но и ее этиология.

У женщин также можно различить ряд почти аналогичных клинических типов онанизма:

1) ранний детский, начинается в 5–8 лет, большей частью под влиянием сверстниц или девочек несколько старшего возраста, дело до оргазма обычно не доходит;

2) пубертатный онанизм развивается с появлением вторичных половых признаков: увеличения молочных желез, появления растительности на лобке, он часто совпадает с началом менструаций (иногда возникает несколько раньше или позже);

3) онанизм созревшей, но еще не вышедшей замуж девушки 16–20 лет (школьницы старших классов, студентки);

4) заместительный онанизм у вдовы, разведенной женщины, а также женщины, имеющий длительный перерыв в половой жизни и пр.;

5) онанизм климактерический.

Необходимо отметить, что, в отличие от мужского онанизма, у женщин иногда толчком к мастурбации является зуд наружных половых органов, вызванный одной из трех причин:

1) острицами, заползающими из заднего прохода в вульву;

2) диабетом, так как моча, содержащая сахар, вызывает зуд вульвы (часто зуд половых органов является первым симптомом диабета);

3) трихомониазом.

Поэтому каждая женщина с зудом вульвы должна быть обследована в этих трех направлениях.

Чрезмерные поллюции

Поллюции – скопления спермы при полном или временном отсутствии нормальной половой жизни. Среди врачей существует мнение, что такие явления бывают только у мужчин. У женщин согласно этому мнению поллюций не бывает. Тем не менее первые сообщения о женских поллюциях относятся еще к прошлому столетию.

Отмечено, что процессы, сходные с поллюциями, у женщин происходят под влиянием эротических сновидений. В случае оргазма происходят перистальтические сокращения мышечных волокон труб матки с выделением слизи. Одни исследователи считают, что у женщин при поллюционном оргазме происходит своеобразная эякуляция из бартолиновых желез и отчасти из желез шейки матки, другие авторы утверждают, что бартолиновы железы не могут давать эякуляции; из них может лишь сочиться некоторое количество слизи. Таким образом, ситуационные спорадические женские поллюции являются довольно частым и вполне нормальным явлением.

Чрезмерная же частота поллюций, впервые описанная В. И. Здравомысловым в 1930 г., является уже заболеванием, сказывающимся как на нервном, так и на соматическом состоянии женщины.

Чрезмерные поллюции отрицательно сказываются на общем состоянии больных, вызывая упорную бессонницу, нервное состояние, раздражительность, плаксивость, головные боли, ухудшение памяти, запоры, потерю аппетита и почти всегда – резкое похудание. В некоторых случаях поллюции бывают при совершенно индифферентном коитусе и как бы компенсируют его. С началом полноценного коитуса они ликвидируются.

Обычно поллюции у женщин, как и у мужчин, происходят во сне и сопровождаются сладострастными сновидениями.

Функциональный болевой (алгический) синдром

Гениталгии – болевые ощущения в области половых органов – могут быть обусловлены как психогенными факторами, так и урогинекологической и неврологической патологией.

Большинство авторов болевые ощущения у женщин при коитусе обозначают термином «диспареуния».

Под этим термином описываются различные состояния, которые объединяются общим признаком – наличием болевых ощущений в половых органах женщины при половом сношении. Значительная часть этих случаев относится к вагинизму и описана в соответствующей главе. К области женской сексологии функциональный болевой синдром относится только при отсутствии гинекологических заболеваний (нормальный гинекологический статус). Болевой синдром, вызванный воспалительными, гормональными, опухолевыми и иными гинекологическими заболеваниями, хотя бы он и нарушал нормальную половую жизнь, собственно к области сексологии не относится.

В некоторых случаях психогенные гениталгии носят характер невротической моносимптоматики, но чаще они являются одним из проявлений различных клинических форм неврозов. Моносимптоматическая гениталгия возникает в результате образования патологического условного рефлекса, обусловленного патогенными ситуациями (насилием, болезненной дефлорацией, половым актом при наличии гинекологической патологии и т. д.). В основе такой гениталгии лежат механизмы невротической фиксации. Подобные гениталгии чаще всего являются проявлениями моно-симптомного истерического невроза. При различных формах неврозов гениталгии находятся в прямой зависимости от выраженности клинической симптоматики неврозов и являются их составной частью.

Выделяются следующие формы функционального болевого синдрома при нормальном гинекологическом статусе:

- 1) системное неврозоподобное поражение внутренних половых органов (кроме влагалища): солитариты (солитарозы) и фантомные гинекологические боли;
- 2) системные неврозоподобные поражения наружных половых органов, уретры и влагалища (болевого синдром);
- 3) системные неврозоподобные поражения наружных половых органов и влагалища (зудящий синдром);
- 4) системные неврозоподобные поражения наружных половых органов, уретры и влагалища с резко выраженным чувством горения, жжения (*causalgia vulvae*).

Психогенные гениталгии часто носят истерический характер. В данном случае этот синдром имеет механизм условной приятности, или желательности, или является выражением патологической (истерической) адаптации личности больной к ситуации. Речь идет об адаптации путем использования болезненного синдрома. В основе истерических симптомов в сексуальной сфере лежит обычно конфликт с мужем, нежелание жить с ним половой жизнью.

При наличии соларита (солароза) или фантомных болей женщина жалуется на почти постоянные боли, резко усиливающиеся при половом акте и часто делающие его невозможным. В некоторых чисто психогенных случаях эта болезненность возникает только при коитусе, иногда даже при попытке к нему или при одной мысли о половом акте.

У мужчин встречается подобный функциональный болевой синдром с болями в эпигастрии, сердце, паховых областях и яичках.

Воздействие на болевой анализатор словесного внушения, особенно в гипнотическом состоянии, хорошо известно. Анестезирующее действие слова дает хороший эффект – почти у трех четвертей пациенток, страдающих болезненностью полового акта, болевой синдром может быть успешно ликвидирован.

Врачи-хирурги и гинекологи при упорных, не поддающихся лечению болях и наличии рубца на животе не должны слишком легко ставить диагноз «послеоперационные спайки», всегда помня о фантомных болях и возможности их лечения гипносуггестивным воздействием.

Ятрогенный болевой синдром

Известно, что нарушение правил деонтологии часто ведет к развитию ятрогенных заболеваний, среди которых всевозможные болевые ощущения занимают ведущее место. Приведем случай выраженной гениталгии ятрогенного происхождения.

«А. П., 40 лет, служащая. Замужем 15 лет. В первом браке за 12 лет имела 3 беременности: 1 нормальные роды и 2 искусственных аборта. Во втором браке 3 года, но стерильна. В обоих браках сексуальная жизнь удовлетворяла больную.

Около года тому назад врачи нашли фибромиому матки и рекомендовали операцию. От операции больная категорически отказалась, так как очень хотела иметь ребенка от второго мужа. Сразу же после разговоров об операции у больной появилась значительная боль при сношении, оргазм стала испытывать лишь каждый второй половой акт.

Объективно: фиброзная матка, соответствующая 7–8 неделям беременности, придатки в пределах нормы, параметрии свободны. Никаких анатомических причин для появления болевого синдрома нет. Проведены разъяснительные беседы и 4 сеанса внушения в легкой дремоте, после которых болезненность полового акта исчезла и больная стала испытывать оргазм при каждом сношении».

Довольно часто причинами болезненности полового акта являются изменения в крестцово-маточных связках. Необходимо учитывать, что, по мнению многих авторов, укорочение и болезненность крестцово-маточных и основных связок могут не иметь ничего общего с воспалением.

МЕТОДЫ СЕКСОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

Сексуальные расстройства у женщин могут быть обусловлены различными причинами и условиями, включающими довольно широкий круг биологических и психологических факторов. В связи с этим уточнение природы и особенностей проявлений той или иной сексуальной патологии предусматривает проведение всестороннего общеклинического, сексологического и психологического обследований каждой пациентки. Особое внимание следует уделять психологическому аспекту.

Тактические вопросы клинического сексологического обследования

Специальное сексологическое обследование как женщин, так и мужчин в первую очередь предусматривает тщательное изучение субъективных и объективных особенностей сексуальных функций у каждого пациента. Также необходимо объективное изучение его общего соматического состояния, неврологического и психического статусов, состояния мочеполовой системы. При необходимости обследование предполагает проведение специальных социально-психологических и соответствующих параклинических исследований.

Тщательно фиксируются жалобы пациентов. При дальнейшем изучении жалоб на состояние здоровья и наличие тех или иных сексуальных отклонений особого внимания заслуживают данные, касающиеся непосредственно нарушений половой функции или наличия сексуальной неудовлетворенности. Особое внимание следует уделить изучению жалоб, отражающих индивидуально-личностную реакцию каждого из пациентов на имеющееся половое расстройство или нарушение сексуальной гармонии, обращая внимания на невротическую составляющую. Необходимо также учитывать жалобы, отражающие другую патологию, поскольку оценка предрасполагающих факторов имеет большое значение для понимания особенностей клинических проявлений и течения сексуального нарушения.

Изучение анамнеза болезни предусматривает выяснение причин и условий развития сексуальной патологии. Весьма важно выяснить, какие именно факторы, по мнению каждого из супругов, привели к возникновению сексуального расстройства.

Очень важное диагностическое значение имеет уточнение обстоятельств первого неудачного полового акта и характеристика обследуемыми возникшего сексуального нарушения. При этом врач, разумеется, должен проявить максимум тактичности, дав понять пациенту, что замалчивание тех или иных подробностей может снизить результативность лечения.

Должное внимание следует уделить выяснению динамики расстройств половой функции и реакции на нее каждого пациента.

Определенный интерес для понимания состояния пациентов имеет уточнение причины их обращения за медицинской помощью. Некоторые женщины, не тяготящиеся своим состоянием, обращаются к врачу по настоянию партнера, что оказывает соответствующее влияние на настрой перед началом лечения. Необходимо также получить как можно более точные сведения о ранее проводившемся лечении по поводу сексуальных расстройств.

Важным разделом диагностических мероприятий является изучение анамнеза жизни пациентов. Прежде всего следует получить сведения о заболеваниях и личностных особенностях их родителей и кровных родственников. Для сексопатолога представляет интерес возраст родителей в момент рождения обследуемых лиц, состояние здоровья родителей в течение последних предшествующих этому лет, наличие у них вредных привычек. Относительно каждого пациента следует помнить, каким в семье по счету ребенком он родился, его раннее и позднее развитие, возраст и мотивы вступления в брак, количество и возраст детей. В случаях бывшего развода следует выяснить его причину. Несомненный интерес для сексопатолога

приобретают вопросы о наличии внебрачных связей и их мотивах, данные о влиянии на сексуальную функцию беременности, родов и абортов, сведения о перенесенных в прошлом заболеваниях, а также практикуемый способ предохранения от беременности и отношение к нему каждого из половых партнеров. Определенный интерес представляет выяснение жилищных условий, особенностей профессиональной деятельности обследуемых, эмоционального напряжения, условий труда, которые также могут оказывать влияние на сексуальную сферу.

Специальный сексуальный анамнез собирается достаточно подробно и должен дать сведения по сексуальным проявлениям каждого из обследуемых лиц до начала половой жизни, определить характер половой жизни до развития сексуальной патологии и ко времени обследования.

При изучении сексуальных проявлений до начала половой жизни следует выяснить:

- 1) возраст пробуждения либидо;
- 2) возраст и обстоятельства первой эякуляции и оргазма;
- 3) возраст первой поллюции и их частоту;
- 4) наличие или отсутствие мастурбации (возраст, тип, частоту);
- 5) практику петтинга (продолжительность, частоту);
- 6) наличие фрустрации (продолжительность, частоту);
- 7) возраст появления менструаций, их продолжительность и характер протекания, время последней менструации и причину прекращения;
- 8) факторы, сформировавшие у пациентов представление о сексуальной норме.

Изучение сведений о характере половой жизни каждого обследуемого предусматривает определение:

- 1) возраста и субъективной оценки первого полового опыта;
- 2) динамики половой жизни до брака и в браке;
- 3) возраста перехода на условный физиологический ритм;
- 4) наличия эксцессов, их максимального уровня и возрастной характеристики;
- 5) периодов сексуальной абстиненции и их переносимости;
- 6) наличия поллюций и их частоты;
- 7) влияния на половую функцию алкоголя, курения, психофармакологических средств, наркотиков, а также физических и психических нагрузок.

В план сексологического обследования обязательно входит уточнение характеристики полового акта в последнее время, которое включает:

- 1) настроение обследуемого перед половым актом;
- 2) выраженность либидо;
- 3) характер эрекции (спонтанных, адекватных);
- 4) продолжительность полового акта;
- 5) характер эякуляции и оргазма;
- 6) самочувствие и настроение после полового акта.

Интерес представляет уточнение времени, условий протекания, особенностей последнего полового акта.

Исследование сексуальной функции по шкале СФМ и СФЖ

Целый ряд сведений, характеризующих сексуальную функцию мужчины и женщины, может быть получен по квалификационной шкале СФМ и СФЖ (это сексуальная формула, мужская и женская), разработанной Г. С. Васильченко (1977). Сексуальная формула выводится на основании данных, полученных по специальному вопроснику СФМ и СФЖ, образец приводится ниже.

Вопросник для определения СФЖ

Замужем в настоящее время. Никогда не была замужем. Вдова. Разведена.

Ф. И. О. _____ Дата _____.

В каждом из разделов обведите цифру, которая стоит против ряда, наиболее отвечающего вашему состоянию в настоящее время.

I. Менструации.

0 – кровянистых выделений из половых путей никогда не было.

1 – нерегулярные кровянистые выделения из половых путей или регулярные из других мест (например, носовые).

2 – менструации стали нерегулярными или полностью прекратились в течение последних лет (подчеркнуть).

3 – менструации утрачивали свою регулярность только под влиянием неблагоприятных условий, при нервно-психических переживаниях, в летний период или при смене местожительства.

4 – менструации всегда сохраняли свою периодичность, даже в самых неблагоприятных условиях.

II. Отношение к половой активности.

0 – половой акт всегда вызывал непреодолимое отвращение (или боль).

1 – половой акт с некоторых пор вызывает отвращение, и поэтому ищу предлог, чтобы от него уклониться.

2 – половой акт безразличен и участвую в нем без внутреннего возбуждения (из чувства долга или чтобы избежать конфликта).

3 – половой акт доставляет удовольствие, но степень наслаждения находится в явной зависимости от фазы менструального цикла.

4 – половой акт вызывает глубокое наслаждение всегда, вне зависимости от фазы менструального цикла.

III. Выделение влагалищной слизи к началу полового акта.

0 – никогда не отмечала подобного явления.

1 – наступает не всегда и находится в зависимости от фазы менструального цикла (в «неблагоприятные» периоды не наступает даже при длительных ласках).

2 – наступает со значительным постоянством (вне зависимости от фазы менструального цикла), но при условии достаточной длительности предварительных ласк.

3 – наступает во всех случаях при условии, что половой акт совершается по внутреннему побуждению.

4 – наступает всегда и очень быстро (даже при самых поверхностных ласках, таких как поверхностные беглые объятия и поцелуи, а также иногда просто при разговоре, принимающем интимный характер).

IV. Наступление глубокой острой нервной разрядки (оргазма).

0 – никогда ни при каких обстоятельствах не испытывала оргазма.

1 – испытывала оргазм только при сношениях эротического содержания.

2 – испытывала единичные случаи оргазма при исключительных обстоятельствах (сексуальных «играх», особых формах полового воздействия при общении с изощренным мужчиной) или при самораздражении.

3 – оргазм наступает примерно в половине всех половых актов.

4 – оргазм наступает более чем в 80 % всех половых актов, бывают повторные оргастические разрядки при однократном половом акте.

V. Физическое самочувствие после полового акта.

0 – боль или ощущение тяжести в половых органах.

1 – полное физическое безразличие.

2 – ощущение неотреагированного полового возбуждения, долго не исчезающее.

3 – ощущение разрядки полового возбуждения, наступающее сразу по окончании полового акта или в процессе заключительных ласк.

4 – то же, удовлетворенность и приятная усталость.

VI. Настроение после сношения.

0 – отвращение или (и) чувство униженности.

1 – чувство избавления от досадной обязанности.

2 – чувство полного безразличия.

3 – удовлетворение от сознания выполненного долга (или удовольствие от сознания доставленной мужчине радости).

4 – чувство благодарности мужчине за испытанное удовольствие, радость обоюдного разделяемого взаимного сближения.

VII. Уровень половой активности.

Периодичность половых актов.

0 – никогда не было.

0,5 – с интервалом не менее года.

1 – несколько раз в год, но не чаще раза в месяц.

2 – несколько раз в месяц, но не чаще раза в неделю.

3 – раза два или несколько чаще в неделю.

4 – ежедневно один или несколько раз.

VIII. Длительность сношения.

Наступление семяизвержения у мужа (или сексуального партнера).

0 – еще до введения члена или в момент введения.

0 – не наступает ни при каких обстоятельствах. 0,5 – через несколько секунд после введения.

1 – наступает не при каждом половом акте, сношение носит затяжной, подчас изнурительный характер.

2 – примерно в пределах 15–20 движений.

3–4 – через 1–2 минуты или дольше (указать примерную длительность).

IX. Внешняя привлекательность.

0 – грубые, бросающиеся в глаза дефекты (хромота, обезображивающие наросты и т. п.).

1 – наличие дефектов внешнего облика, выявляемых не с первого взгляда, при более тесном и длительном контакте.

2 – общая невыразительность, заурядность внешнего облика при отсутствии четких дефектов.

3 – привлекательность внешнего облика и поведения.

4 – редкая («классическая») красота, бросающаяся в глаза.

X. Длительность полового расстройства.

0 – с начала половой жизни.

1 – больше чем полгода.

2 – менее полугода.

3 – в настоящее время нет никаких расстройств, но они случались в прошлом (в особенности в начале половой жизни).

4 – не знаю, что такое иметь затруднения в половой жизни.

Правильная диагностика сексуальной патологии предусматривает анализ техники проведения половых актов. Для этого необходимо выяснить характер и продолжительность предвагитального периода, границы диапазона приемлемости и его соответствие у половых партнеров, а также предпочтительное время суток для реализации половых сношений у каждого из них и их мотивы.

Данные объективного клинического обследования мужчины и женщины включают тщательное исследование общесоматического состояния, мочеполовой системы, гинекологического, неврологического и психического статусов.

Определение половой конституции

В круг диагностических исследований, позволяющих получить объективные данные, характеризующие индивидуальные особенности половой функции пациента, входит и определение половой конституции. Последняя является весьма значимым фактором, участвующим в формировании сексуальных расстройств. Именно поэтому определение половой конституции представляет большой интерес в плане уточнения их природы в каждом отдельном случае.

Г. С. Васильченко (1970) считает характеристику половой конституции настолько важной, что без ее определения, по его мнению, «сексопатолог не в состоянии решить буквально ни одного из частных вопросов, возникающих в его практической работе... Что для одного эксцесс, то для другого – парциальная абстиненция... Простой вопрос – имеет ли он дело с больным, или перед ним представитель определенного конституционального типа, занимающего одно из крайних положений в вариационном ряду нормальных проявлений зрелой сексуальности».¹

В оценке половой конституции надо исходить из положения о параллелизме и тесной взаимной обусловленности физического, нервно-психического и полового развития.

При изучении психического статуса необходимо уделить особое внимание индивидуально-личностной характеристике каждого из обследуемых, их преморбидным особенностям и характеру имеющихся в последнее время невротических или иных расстройств психической деятельности.

Системно-структурный анализ сексуальной гармонии супружеской пары

Сексуальная функция, как уже отмечалось, является единственной парной функцией, характеризующейся ее многомерным обеспечением. В связи с этим изучение сексуальной гармонии представляет собой самостоятельную и довольно сложную задачу. Без правильного представления о сексуальной гармонии во всех ее аспектах невозможно изучение и установление причин и условий развития сексуальной дисгармонии. В. В. Кришталем и Н. К. Агишевой (1985) был разработан системный анализ сексуальной гармонии, предусматривающий (в зависимости от уровня взаимодействия супругов) выделение следующих компонентов: социального, психологического, социально-психологического, сексуально-поведенческого, психофизиологического и физиологического.

При оценке состояния социального компонента выделяются социокультуральная и информационно-оценочная составляющие. Первая из них включает факторы, определяющие социальные установки, идеологические ценности супругов, степень соответствия культурного уровня супругов. Информационно-оценочная составляющая связана с осведомленностью супругов в вопросах психогигиены половой жизни.

Психологический компонент обуславливает степень соответствия черт их характера и мотивов поведения.

¹ Г. С. Васильченко (1970) считает, что половая конституция, являющаяся лишь одним из частных проявлений общих конституциональных свойств индивидуума, в то же время отличается своей собственной спецификой. Половую конституцию он характеризует как индивидуальную потребность в половой активности и индивидуальную сопротивляемость по отношению к действию патогенных факторов, обладающих избирательностью по отношению к половой сфере. Г. С. Васильченко (1970) и И. Л. Ботне-вой (1983) была разработана векторная шкала половой конституции мужчины и женщины, по которой можно вычислить коэффициенты фенотипа, генотипа и активности у мужчин, а также коэффициенты генотипа и уровня сексуальности у женщин.

Социально-психологический компонент определяет избирательный контакт супругов и отражает соответствие семейной роли, интересов, ценностных ориентации супругов.

Сексуально-поведенческий компонент сексуальной гармонии включает факторы, определяющие направленность полового влечения супругов и степень соответствия эротических игр, диапазона приемлемости, техники полового сношения. Оценка указанного компонента должна отражать состояние двух составляющих: психосексуального поведения и сексуально-эротической. Психосексуальное поведение обусловлено социальными, психологическими, нейрогуморальными и психическими факторами, которые определяют половое самосознание, половую роль и психосексуальную ориентацию супругов. Сексуально-эротическая составляющая определяется степенью соответствия сексуального и эротического контакта супругов.

Психофизиологический компонент оценивается соответствием темперамента и типа половой конституции супругов.

Физиологический компонент охватывает состояние и взаимное соответствие сексуальной функции мужа и жены.

Системный анализ сексуальной гармонии состоит из двух этапов: на первом оценивается состояние ее компонентов и составляющих по разработанным нами критериям для каждого из супругов; на втором устанавливается степень нарушения компонентов, что дает возможность определить долю участия каждого из них в генезе сексуальной дисгармонии.

Для оценки состояния компонентов и составляющих сексуальной гармонии разработаны следующие критерии.

Состояние социального компонента зависит от уровня социо-культуральной адаптации супругов и степени их осведомленности в вопросах психогигиены половой жизни.

1. Критерии состояния социального компонента сексуальной гармонии:

1) социокультуральная составляющая:

- а) соответствие морально-этических и эстетических установок супругов;
- б) наличие или отсутствие соответствия мировоззрения и убеждений супругов;
- в) соответствие социальных установок;
- г) соответствие культурного уровня супругов;

2) информационно-оценочная составляющая:

- а) наличие или отсутствие правильных представлений о сексуальных проявлениях и норме половой жизни;
- б) знания о физиологических колебаниях и патологии половой жизни.

2. Критерии состояния психологического компонента сексуальной гармонии:

- 1) наличие у одного из супругов черт характера, вызывающих у другого негативное отношение;
- 2) соответствие каждого из супругов желаемому образу в представлении другого супруга;
- 3) соответствие интеллекта супругов.

3. Критерии оценки состояния социально-психологического компонента сексуальной гармонии:

- 1) наличие или отсутствие чувства любви друг к другу.

Специальные диагностические мероприятия

Температурный тест

Метод основан на регистрации базальной (ректальной) температуры, довольно точно отражающей гормональную функцию яичников. Показатели базальной термометрии относительно низкие в первой (фолликулиновой) и относительно высокие во второй (лютеиновой) фазе нормального менструального цикла. Повышение базальной температуры во второй фазе цикла является следствием экскреции прогестерона желтым телом.

Техника теста. Ежедневно в течение не менее чем одного менструального цикла измеряется утренняя ректальная температура (в одно и то же время, в постели, одним и тем же медицинским термометром).

По полученным данным вычерчивается график изменения температуры (базальная кривая). При нормальном менструальном цикле встречаются три типа двухфазных температурных кривых.

1. Типичная кривая – в фолликулиновой фазе цикла температура обычно колеблется в пределах 36,2–36,8 °С. В середине цикла, за 1 день до овуляции, температура несколько снижается, а через 24–48 ч после овуляции (в фазе желтого тела) повышается на 0,6–0,8 °С и удерживается на этом уровне, несколько выше 37 °С, в течение всей второй фазы цикла.

2. Гипертермическая кривая – в фолликулиновой фазе температура держится на уровне около 37 °С, во второй (лютеиновой) фазе – на уровне 37,4–37,8 °С.

3. Гипотермическая кривая – температура не превышает 37 °С, но разница в первой и второй фазах цикла составляет 0,6–0,8 °С.

Продолжительность фазы низкой температуры (фолликулино-вой фазы) значительно колеблется в зависимости от длительности менструального цикла, а гипертермическая (лютеиновая) фаза относительно стабильна и длится в среднем до 14 дней. При различных нарушениях функции яичников базальная температура имеет характерные патологические варианты кривых: при отсутствии овуляции (ановуляторный цикл) базальная кривая монофазная, температура удерживается на одном уровне с незначительными колебаниями в пределах 0,1–0,4 °С; при значительных нарушениях экскреции прогестерона вторая фаза цикла либо укорочена до 3–6 дней, либо проявляется падением температуры в отдельные дни до уровня температуры первой фазы цикла. По кривой базальной температуры можно определить наличие или отсутствие овуляции, но судить о количественном содержании эстрогенов и прогестерона можно только косвенно – этот тест имеет ценность лишь в совокупности с другими методами функциональной диагностики.

Симптом «зрачка» и феномен арборизации цервикальной слизи

Под влиянием функции яичников в шейке матки наступают характерные циклические изменения. Так, на 8–9-й день менструального цикла в результате экскреции эстрогенов наружное отверстие шейки матки расширяется и в нем появляется прозрачная стекловидная слизь. На 11–12-й день канал шейки раскрывается еще больше и к периоду овуляции его диаметр достигает у нерожавших 0,3–0,4 см, а у рожавших 1,2–1,4 см; количество слизи в канале также увеличивается. Зев шейки матки при направлении на него пучка света становится черным, напоминая зрачок. Через несколько дней с началом прогестероновой (лютеиновой) фазы цикла зев закрывается и симптом «зрачка» исчезает. В основе феномена арборизации лежит способность слизи цервикального канала к кристаллизации при высушивании на воздухе. Эти изменения возникают в результате взаимодействия коллоидов и солей. При нормальной функции яичников феномен арборизации цервикальной слизи наблюдается на 5–6-й день менструального цикла и достигает полного развития в период овуляции. Чем ближе к моменту овуляции, тем больше кристаллизация слизи напоминает лист папоротника. С началом прогестероновой (лютеиновой) фазы цикла, уже через 24–48 ч после овуляции, картина меняется: «лист папоротника» начинает фрагментироваться, а к 21–22-му дню мазок шеечной слизи становится аморфным. При выраженной недостаточности эстрогенов кристаллизация слизи может отсутствовать, при легкой гипоестрогении она возникает в первую фазу цикла. Кристаллизация слизи, наблюдаемая в лютеиновой фазе цикла, расценивается как явление гиперэстрогении и встречается при ановуляторных циклах.

Техника пробы. Шейку матки обнажают в зеркалах, высушивают сухим тампоном; слизь берут анатомическим пинцетом и наносят на предметное стекло.

Кольпоцитодиагностика

Метод кольпоцитологического исследования окрашенных препаратов основан на выявлении циклических преобразований эпителия, возникающих под влиянием гормональной функции яичников. При экскреции эстрогенов начинается процесс созревания вагинального эпителия. В соответствии со степенью зрелости различают клетки базального, парабазального, промежуточного и поверхностного слоев эпителия. В самом глубоком слое вагинального эпителия расположены базальные клетки. Они не отторгаются и встречаются в мазках только в случаях травматизации влагалища. Располагающиеся выше парабазальные, или атрофические, клетки размером до 20–25 мкм имеют овальную или округлую форму и большое ядро, занимающее почти всю поверхность цитоплазмы. Эти клетки наблюдаются в мазках при гипостроении и в период менопаузы. Клетки промежуточного слоя более крупные по сравнению с предыдущими, имеют веретенообразную форму, более прозрачную цитоплазму и круглое ядро. Они встречаются во всех фазах цикла, в лютеиновую отличаются завернутыми краями. Клетки поверхностного слоя более крупные. Они имеют полигональную форму, прозрачную цитоплазму и маленькое ядро, более зрелые из них – точечное, пик-нотическое ядро. Пик-ноз ядра свидетельствует о максимальной эстрогенной насыщенности организма. В клеточный состав мазка входят также лейкоциты, эритроциты, палочки Додерлейна и гистициты. Установлена известная закономерность появления в мазках тех или иных форменных элементов в зависимости от фазы менструального цикла. В фазе менструации (1-3-й дни) в мазках преобладают клетки промежуточного слоя и наблюдается небольшое количество парабазальных клеток. В ранней фолликулиновой фазе (4-6-й дни) превалируют клетки промежуточного слоя, увеличивается число поверхностных и уменьшается число парабазальных клеток. На 7-10-й дни цикла, в средней фолликулиновой фазе, количество поверхностных клеток значительно увеличивается по сравнению с промежуточными. Поздняя фолликулиновая фаза (11-14-й дни) характеризуется наличием преимущественно клеток поверхностного слоя. В ранней лютеиновой фазе (15-18-й дни) преобладают клетки поверхностного слоя с закрученными краями и маленьким ядром при небольшом количестве промежуточных клеток; в средней лютеиновой фазе (19-24-й дни) – клетки поверхностного слоя, расположенные пластами, и клетки промежуточного слоя; в поздней лютеиновой фазе (25-28-й дни) промежуточные и поверхностные клетки встречаются приблизительно в равных количествах.

Содержание гормонов и их динамика

Наряду с описанными методами функциональной диагностики определение содержания гормонов и их метаболитов способствует дифференцированному определению состояния гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Под воздействием тропных гормонов гипофиза (в частности, гонадотропных) яичники выделяют эстрогены (эстрон, эстриол, эстрадиол и прогестерон). Влиянием эстрогенов обуславливаются изменения клеточного состава вагинального эпителия, колебания базальной температуры, расширение цервикального канала (симптом «зрачка»), способность слизи цервикального канала к кристаллизации (феномен «листа папоротника»). Видимое проявление циклических изменений у женщин – регулярные менструации. Менструальная функция является «зеркалом» нейрогуморального обеспечения и сохранности генитального аппарата женщины. Для определения характера и топикки ее нарушений, которые могут быть обусловлены патологией на уровне как гипоталамуса и гипофиза, так и яичников и матки, используют гормональные пробы: эстрогенную, прогестероновую, с гонадотропинами и кломифеном. Пробу можно выбрать только после обследования с применением тестов функциональной диагностики и кольпоцитологического исследования. Так,

выраженная атрофия вагинального эпителия свидетельствует о резком снижении эстрогенообразовательной функции яичников, и рассчитывать на эффективность пробы с прогестероном нецелесообразно. При выраженной пролиферации следует провести пробу с прогестероном. Отрицательные пробы с эстрогенами и прогестероном могут свидетельствовать о поражении глубоких структур мозга, и следует провести пробы с гонадотропинами и кломифеном.

Электроэнцефалографические исследования

У девочек с нормальным половым созреванием выявлены определенные закономерности изменения показателей ЭЭГ в зависимости от проявлений пубертатного периода. В детском возрасте ЭЭГ характеризуются медленной активностью, сниженным альфа-ритмом, отсутствием пароксизмальных вспышек. За 1–2 года до начала полового созревания происходит становление доминирующего альфа-ритма во всех областях коры больших полушарий и уменьшение выраженности медленных волн.

Наиболее четкие корреляции характера электрической активности и функционального состояния нейрогуморальной системы наблюдаются в возрасте 11–12 и 14–15 лет. На ЭЭГ девочек этих возрастных групп отмечается гиперсинхронизация, проявляющаяся в увеличении амплитуды альфа-ритма, замедлении его частоты и появлении пароксизмальных вспышек медленной активности, что характеризует активацию структур переднего отдела гипоталамуса.

При преждевременном половом созревании ЭЭГ характеризуется пароксизмальной гиперсинхронной высокоамплитудной активностью.

При задержках полового созревания, определяемых вовлечением в патологический процесс структур заднего отдела гипоталамуса, регулирующих тоническую экскрецию гонадотропных гормонов, на ЭЭГ отмечаются высокочастотная активность и группы медленных волн. ЭЭГ при гипогонадизме как первичного, так и вторичного генеза характеризуются снижением электрической активности головного мозга, отсутствием альфа-ритма, наличием медленных тета-волн во всех отведениях. При повышении влияния активирующей восходящей системы ствола мозга и гипоталамуса на ЭЭГ видны стойкое значительное повышение уровня электрической активности и высокая синхронизация биоэлектрической активности в полосе частот альфа-диапазона с билатерально-гиперсинхронными разрядами тета-ритма.

ЛЕЧЕНИЕ ЖЕНСКОЙ СЕКСУАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Практика лечения сексуальных нарушений начала бурно развиваться с 60-х гг. XX в. Все существующие на сегодняшний день методы лечения сексуальных нарушений можно разделить на следующие группы:

- 1) фармакотерапия;
- 2) физиотерапия;
- 3) тренинговые методы;
- 4) гипнотерапия;
- 5) психотерапия;
- 6) партнерская психотерапия;
- 7) групповая психотерапия.

Таким образом, методы лечения, применяемые в женской сексопатологии, довольно разнообразны и отражают лечебный опыт врачей различных специальностей, который приведен в литературных источниках, посвященных различным разделам медицины. Это обуславливает некоторую разобщенность опыта лечения сексуальных расстройств у женщин. Оценка эффективности тех или иных методов лечения, применяющихся в женской сексопатологии, затруднена еще и из-за отсутствия единой классификации диагностической номенклатуры наруше-

ний половой функции у женщин. Это приводит к тому, что многие исследования отражают данные, касающиеся весьма гетерогенных групп больных.

В настоящее время наиболее предпочтительно применение комплексного метода лечения, предусматривающего рациональное сочетание тех или иных средств и методов лечебного воздействия (психотерапии, медикаментозных препаратов, физиотерапевтических процедур, лечебной физкультуры и т. д.) в зависимости от характера и формы диагностируемой патологии. При многих формах нарушений широко показаны психотерапевтические методы, применяемые в разных модификациях. Вместе с тем лечение различных форм сексуальных расстройств у женщин должно носить дифференцированный характер.

Для наибольшей эффективности лечения половых расстройств врачу необходимо учитывать также данные всестороннего обследования больных, позволяющие уточнить патогенетические механизмы и патопластические факторы развития сексуальной патологии в каждом отдельном случае.

Медикаментозная терапия преобладает в амбулаторном лечении и более эффективна при лечении сексуальных нарушений, возникших на органическом фоне. Для этих целей чаще применяются следующие типы лекарственных средств: нейролептики, анестезирующие средства, психостимуляторы и антидепрессанты, общеукрепляющие средства, гормональные препараты, средства, избирательно действующие на сексуальную возбудимость (иохимбин, стрихнин). Гормональное лечение применяют ограниченно и строго по показаниям. Категорически недопустимо шаблонное назначение фригидным женщинам эстрогенов, так как пациентки во многих случаях имеют вполне достаточное количество женских половых гормонов и перенасыщение организма эстрогенами может оказать негативное влияние в виде патологической пролиферации органов. Вообще гормонотерапию можно рекомендовать только после обследования «гормонального зеркала».

Методы физического воздействия при лечении сексуальных нарушений преобладали в XIX – начале XX вв. Затем они были неоправданно забыты сексологами и сейчас переживают период возрождения, что в первую очередь обусловлено появлением ряда принципиально новых эффективных методов физиотерапии. Наиболее часто эти методы используются в лечении сексуальных нарушений, развившихся на органическом фоне, но в целом ряде случаев они обладают значительной эффективностью и при лечении функциональных сексуальных расстройств. В лечении сексуальных расстройств наиболее употребимыми являются: электрофорез, импульсная электротерапия, гидротерапия, термотерапия, грязелечение, магнитотерапия, индуктотермия, акупунктура, электроakupунктура, аурикулоakupунктура, вибротерапия, массаж, механотерапия; квантовая гамма-терапия.

Необходимо помнить, что нарушение сексуальной функции создает ущербную для личности больного ситуацию, ведущую к развитию комплекса неполноценности и нарушению межличностных отношений супругов. Это приводит к тому, что у указанного контингента больных развиваются вторичные невротические расстройства как результат конституционально-личностных реакций на возникновение тягостной для них ситуации. Подобные реакции, в свою очередь, могут оказывать по невротическим механизмам вторичное патогенное влияние на половую функцию и усугублять сексуальное расстройство. Создается своеобразный порочный круг, определяющий стойкость симптоматики заболевания и его терапевтическую инертность. Такая ситуация объясняет необходимость корригирующего влияния на личность больного с целью купирования невротического состояния, выработки здоровых психологических установок и восстановления нарушенных супружеских отношений. Таким образом, особое место в системе лечебных мероприятий при различных формах сексуальной патологии

у женщин занимают психотерапевтические мероприятия, которые должны носить характер системы лечебных воздействий.

Психотерапия охватывает несколько десятков методов воздействия на больного. Наибольшее распространение из них в сексологической практике получили методы рациональной психотерапии, негипнотической суггестивной психотерапии, психоаналитические методы, либротерапия (лечение чтением), музыкотерапия, методы медитации. Психотерапевтическое воздействие играет наиболее важную роль в комплексе методов сексологического лечения, а во многих случаях является его единственной формой.

При назначении больным с различными формами первичной и вторичной сексуальной патологии курсовой психотерапии необходимо определить ее конкретные задачи, содержание, форму проведения и наиболее адекватную методику реализации. Эти вопросы следует решать исходя из нозологической природы и клинического варианта сексуальной патологии, обязательно учитывая типологические особенности больных, личностную реакцию на сексуальную патологию, а также уровень социально-психологической адаптации супругов и их нравственных представлений о нормах половой жизни. При построении курса психотерапии следует помнить о возможных патопсихологических сдвигах в межличностных отношениях супружеской пары, которые могут явиться следствием возникшей половой дисгармонии и ее вторичной личностной переработки каждым из супругов в условиях возможных невротических наслоений. Правильное проведение психотерапевтических мероприятий, по нашему убеждению, является неременным условием рационального лечения женщин с первичными и вторичными расстройствами половой функции и важным фактором предупреждения развития истинных сексуальных расстройств у лиц с псевдофригидностью. В системе психотерапевтических мероприятий при сексуальной патологии у женщин особую роль играет рациональная психотерапия, содержание которой предусматривает специальное обсуждение следующих вопросов: о физиологии половой функции и психологии сексуальной жизни женщины, о причинах развития половых расстройств у женщин и методах их предупреждения, о взаимной адаптации супругов и диапазоне приемлемости в сексуальной жизни, об эффективности комплексного лечения сексуальных расстройств, о гигиене и психогигиене половой жизни.

Наилучшие результаты в лечении достигаются при проведении индивидуальных собеседований, а также сеансов психотерапии супружеской пары и реже – в микрогруппах, включающих 2–3 человека. Организация групп с большим числом больных нецелесообразна в связи с вынужденной сдержанностью и пассивным поведением женщин.

Групповая психотерапия – метод лечения, который находит все большее признание и распространение в сексологической практике, особенно в странах Запада. В основе метода лежит использование в лечебных целях динамических процессов в определенной группе больных, которые возникают прежде всего между самими пациентами и в меньшей степени – между пациентами и врачами. Применение некоторых методов, используемых для лечения сексуальных нарушений, вызывает возражения общественного мнения, в отдельных странах – конфликт с действующим законодательством. К этим методам относятся и такие демонстрации пациентам изображений сексуальной тематики, которые могут быть отнесены к порнографии. Особое возражение вызывает использование этих методов при одновременном лечении партнерской пары или группы больных, осуществляемом с привлечением средств техники (видео, кино– и диапроекция). Такая практика распространена в специальных сексологических школах некоторых стран. К категории подобных «возмутителей общественного мнения» относятся и методы, основанные на использовании в лечебных целях так называемого заместительного партнера – специально подготовленного человека, который в процессе личного сексуального контакта с больным по специальной программе производит его обучение определенным прие-

мам сексуального поведения, либо половая жизнь с которым способствует закреплению у больного достигнутого лечебного эффекта, что называется, на живом примере. Наибольший накал страстей разгорается вокруг случаев, в которых роль заместительного партнера играет лечащий врач. К аналогичному разряду методов относится и использование в качестве заместительного партнера специального манекена (например, имеющей анекдотичную популярность «резиновой женщины»). Применение подобных методов категорически отвергается и частью специалистов-сексологов. Другая их часть к подобной лечебной тактике относится более либерально.

Психотерапевтические беседы могут быть рассмотрены в пределах одного или нескольких занятий. Этот вопрос решается врачом в зависимости от личностных особенностей пациентов, их психологических установок, культурного уровня, а также от других конкретных условий. Особое внимание нужно уделить вопросам психотерапии супружеской пары и, в частности, целенаправленным врачебным беседам с мужьями больных. Эти беседы позволяют не только уточнить причины и условия развития сексуальных расстройств у женщин, но и инструктировать мужей в плане их активного участия лечения имеющегося у жены сексуального расстройства. В этом плане, особенно при первичной фригидности, весьма эффективным оказывается увеличение продолжительности предварительного периода полового сношения с активизацией мануальных и оральных воздействий на эрогенные зоны женщины. В случаях дисгармонии сексуальных отношений супругов, обусловленной половой холодностью или псевдофригидностью, чрезвычайно полезно разъяснять мужьям целесообразность введения новых элементов при реализации предварительного периода и применения различных поз при совершении полового акта в целях выбора взаимно приемлемой оптимальной техники проведения полового сношения.

Партнерская психотерапия – это наиболее динамично развивающееся направление лечения сексуальных нарушений, рассматривающее сексуальные проблемы с перспективы взаимодействия между партнерами, т. е. партнерская психотерапия направлена на лечение партнерской связи как целого, а не на лечение двух составляющих ее лиц по отдельности.

Согласно проведенному опросу следует, что лечение именно супружеской пары, а не одного из партнеров является одним из наиболее важных принципов рациональной терапии половых расстройств как у мужчин, так и у женщин. Указанные общие положения составляют лишь часть лечебных мероприятий, которые должны носить дифференцированный характер в зависимости от формы сексуального расстройства и особенностей личности пациента и быть сугубо индивидуализированными. Что касается медикаментозного, физиотерапевтического и других методов лечения женщин, страдающих расстройствами сексуальной функции, то выбор тех или иных лечебных препаратов, процедур и других средств должен определяться характером имеющейся сексуальной патологии и клиническими особенностями имеющих невротических расстройств.

Тренинговые методы – это наиболее распространенные в настоящее время методы психотерапевтического воздействия при лечении сексуальных нарушений. Их широкое распространение обусловлено тем, что они довольно быстро дают положительный эффект при лечении сексуальных расстройств функционального типа, а иногда и при их развитии на органическом фоне. Существуют специально разработанные программы применения тренинговых методов не только для лечения сексуальных нарушений у конкретного больного, но и для лечения сексуальных нарушений в конкретной партнерской связи. К наиболее популярным тренинговым методам относятся программа Д. Мастерса и Л. Джонсона, релаксационный тренинг, систематическая десенсибилизация, аверсионное лечение, подражание, самоконтроль, техника терапевтической мастурбации, тактильный коммуникативный тренинг, эмоциональный тренинг.

Гипнотерапия

Методы лечения, основанные на внушении во время гипнотического сна, известны издревле и имеют богатые традиции. В сексопатологии они чаще используются при лечении функциональных сексуальных расстройств и сексуальных девиаций. В настоящее время имеются специальные публикации, в которых освещаются вопросы применения гипноза в целях сексиатрии, специально для сексологов организуется обучение гипнотерапии.

Основой терапии *паторефлекторной формы первичной фригидности* является проведение психотерапевтических мероприятий. В их задачу должны входить разъяснение механизмов развития фригидности, снятие вторичных эмоциональных реакций и создание новых здоровых установок. Это достигается путем сочетанной курсовой психотерапии, включающей индивидуализированное применение различных способов психотерапевтического воздействия и форм их реализации. Особая роль при этом принадлежит специальной психотерапевтической работе с мужьями больных, которым необходимо разъяснить оптимальную программу их проведения в предварительном периоде и во время полового акта. Весьма эффективными в подобных случаях оказываются расширение диапазона ласк предварительного периода с активизацией оральных и мануальных воздействий на эрогенные зоны, увеличение его продолжительности, оптимизация техники половых сношений, а также адекватное проведение заключительного этапа. Выбор методик психотерапевтического воздействия должен осуществляться с учетом типологических особенностей больных и носить индивидуальный характер. На этапах психотерапии, в задачи которых входит разъяснение механизмов развития фригидности, наиболее целесообразной оказывается психотерапия методом убеждения. Этапы снятия вторичных эмоциональных реакций предпочтительно осуществлять с помощью психотерапии, у женщин с повышенной аутовнушаемостью – методом аутогенной тренировки. Наркопсихотерапия оказывается эффективным методом лечения как первой, так и второй категории больных, а также женщин с низкой аутовнушаемостью. В ряде случаев хороший лечебный эффект наблюдается при применении так называемой плацебопсихотерапии. Помимо психотерапии, больным паторефлекторной формой фригидности показано назначение седативных средств, тонизирующих и общеукрепляющих средств. Весьма полезным оказывается проведение гидротерапии (прием морских, йодобромных, хвойных, хвойно-жемчужных ванн; дождевого, веерного, циркулярного, сегментарного душа), а также назначение электропроцедур (электрофореза бромистого кальция, дарсонвализации области промежности и фарадизации внутренних поверхностных бедер); иглорефлексотерапии и точечного массажа, эффективность которых возрастает при их психотерапевтическом потенцировании.

При *дисрегуляторной форме фригидности* психотерапевтическое воздействие должно быть направлено на разъяснение механизма возникновения половой холодности, снятие вторичных эмоциональных расстройств, невротической фиксации и гиперактуализации сексуальных нарушений. Наилучший эффект отмечен при сочетанном применении индивидуальной рассудочной психотерапии и аутогенной тренировки. Применение медикаментозных средств при этой форме фригидности предусматривает нормализующее влияние на нейросоматическую регуляцию половой функции. В этих целях можно рекомендовать инъекции прозерина, стрихнина, секурина, витаминов группы В, алоэ. Полезным в таких случаях оказывается назначение кислородных, углекислых, хлоридно-натриевых, минеральных и радоновых ванн, а также восходящего, циркулярного, контрастного и сегментарного (на пояснично-крестцовую область) душа. Наряду с гидротерапией целесообразно назначение электрофореза новокаином на пояснично-крестцовую и воротниковую области, УВЧ на воротниковую зону, нисходящей гальванизации позвоночника. Хороший лечебный эффект оказывает иглорефлексотерапия, которую рекомендуют проводить в условиях психотерапевтического опосредования. В комплекс лечебных мероприятий при дисрегуляторной форме первичной фригидности должны

входить разъяснительные и инструктивные беседы с мужьями больных и с супружеской парой. Необходимо, в частности, обратить внимание супругов на недопустимость дальнейшего практикования прерываемых и пролонгированных половых актов.

Лечение больных *абстинентной формой первичной фригидности* предусматривает прежде всего проведение рациональной (рассудочной) психотерапии, которая должна быть направлена на разъяснение пациентам физиологических предпосылок снижения или отсутствия либидо и оргазма при длительном половом воздержании. Обратившимся к сексопатологу следует также разъяснить, что имеющееся у них сексуальное расстройство по своей природе функционально, носит временный, обратимый характер и прогностически благоприятно. При проведении психотерапевтических бесед необходимо уделить должное внимание адекватным режимным рекомендациям по активизации предварительного периода и расширению диапазона приемлемости в интимных отношениях супругов. В комплексе психотерапевтических мероприятий при абстинентной форме первичной фригидности высокорезультативной оказывается психотерапия, дающая хороший эффект. У женщины эффективным оказывается проведение аутогенной тренировки с образным представлением желаемого результата, т. е. применение метода активного самовнушения. Медикаментозная терапия при абстинентной форме должна быть ограничена назначением общетонизирующих средств, применением малых доз гормональных препаратов. Среди средств общетонизирующего действия наиболее адекватными являются стрихнин и секуринин, оказывающие стимулирующее действие на рефлекторную деятельность спинномозговых центров и усиливающие чувствительность тактильных рецепторов. Из физиотерапевтических процедур можно рекомендовать назначение углекислых, кислородных, жемчужных, контрастных или радоновых ванн, а также веерного, циркулярного, сегментарного и восходящего душа. Хороший эффект при абстинентной форме первичной фригидности оказывает фарадизация внутренних поверхностей бедер или дарсонвализация указанной области и промежности, а также иглорефлексотерапия.

При *ретардационной форме*, как и при других, большое значение приобретает рациональная психотерапия. Ее задача сводится к разъяснению физиологической программы копулятивного цикла и выработке представлений о тех ощущениях, которые должны сопутствовать различным этапам полового акта. Особое внимание должно быть уделено разъяснению временного характера имеющейся задержки адекватных сексуальных ощущений и благоприятному их прогнозу. В тех случаях, когда проявления ре-тардационной фригидности составляют предмет переживаний супружеской пары в силу неверного толкования указанного диссонанса, следует провести разъяснительную психотерапевтическую беседу с участием обоих супругов. Весьма полезным, особенно при психической ретардации, обусловленной инфантилизмом или чрезмерной строгостью воспитания, приведшей к торможению развития полового чувства, оказывается проведение психотерапии с внушением адекватных ощущений во время полового акта. Женщинам с чертами мнительного характера, склонным к невротическим реакциям, целесообразно назначение аутогенной тренировки, направленной на ощущение тепла в области половых органов, желательности и приятности половой близости, усиление чувствительности и появление характерных ощущений во время полового акта. Вызываемые самовнушением гиперемия половых органов и приятные образные представления могут способствовать усилению эротизации, которая необходима для нормализации сексуальной функции. Психотерапевтические мероприятия полезно сочетать с приемом небольших доз женских половых гормонов, которые следует назначать в первой половине менструального цикла. Целесообразно также назначение витаминов Е, А и группы В. При ретардационной форме фригидности показано также применение гидротерапии и электропроцедур, которые были рекомендованы для лечения абстинентной формы.

При *конституционально-генетической форме фригидности* психотерапевтические мероприятия должны быть направлены на стимуляцию больных к более активной половой

жизни. Это достигается с помощью разъяснения женщинам и их мужьям важности психологического компонента при проведении предварительного периода и полового акта, а также путем психотерапевтического потенцирования оральных и мануальных воздействий на эрогенные зоны. Помимо этого, психотерапевтические мероприятия должны также потенцировать действие назначенных медикаментов и физиотерапевтических процедур, оказывающих стимулирующее влияние на половую функцию. Психотерапевтические мероприятия являются целесообразными и в плане лечебного воздействия на возможные вторичные эмоционально-личностные реакции. Медикаментозное лечение конституционально-генетической формы первичной фригидности предусматривает адекватное применение женских половых гормонов в сочетании с малыми дозами мужских половых гормонов в первой половине менструального цикла. Применение мужских половых гормонов при лечении фригидности требует специального врачебного контроля. Полезно назначение больным витаминов Е, А, группы В, глютаминовой кислоты, алоэ, а также стрихнина и секуринина, которые, помимо общетонизирующего действия, активизируют рефлекторную деятельность спинного мозга и повышают тактильную чувствительность. Хороший эффект наблюдается при сочетанном применении вышеуказанных средств с гормональными препаратами. Из физиотерапевтических методов, которые могут быть рекомендованы для лечения конституционально-генетической формы фригидности, следует назначить гидротерапию и электропроцедуры, повышающие приток крови к органам малого таза и усиливающие нервно-рефлекторную возбудимость половых органов, что способствует повышению эротизации больных (углекислые, кислородные, жемчужные, радоновые, морские, контрастные ванны; восходящий влагалищный душ; грязевые процедуры – трусы и влагалищные тампоны, вагинальную диатермию, фарадизацию внутренних поверхностей бедер, дарсонвализацию области наружных половых органов и промежности). Целесообразно также проведение иглорефлексотерапии.

При различных клинических вариантах вторичной фригидности прежде всего необходимо проведение рационального этио-патогенетического лечения основного причинного заболевания. Некоторые сексопатологи полагают, что осуществление лечебных мероприятий при симптоматических половых расстройствах должно быть отнесено к компетенции врачей – специалистов того профиля, которому соответствует нозологическая форма основного заболевания. Развитие вторичной половой холодности чревато не только появлением добавочных симптомов, но и возникновением дополнительных психогенных ситуаций. Это обстоятельство, оказывающее добавочное психогенное воздействие на соматогенные нарушения сексуальной функции, равно как и клиническая неоднородность проявлений фригидности, требует уточненной диагностики и квалифицированной лечебной помощи. В связи с этим возникает необходимость участия сексопатолога в комплексе проводимых лечебных мероприятий. Психотерапия вторичной половой холодности должна быть направлена на смягчение и снятие конституционально-личностной реакции больных на основное заболевание и возникшее сексуальное расстройство. Целью психотерапии в таких случаях является разрыв порочного круга «вторичная фригидность – личностная невротическая реакция – дополнительное патогенное воздействие на сексуальную функцию».

Проведение психотерапии при вторичной фригидности должно сочетаться с этиопатогенетическим лечением основного заболевания. В зависимости от типологических особенностей больных, характера причинного заболевания, сексуальных расстройств и невротических проявлений, а также степени социально-психологической адаптации супругов психотерапевтические мероприятия проводятся в виде рациональной психотерапии, аутогенной тренировки или комбинированной психотерапии с адекватным сочетанием различных лечебных методик. Медикаментозное и физиотерапевтическое лечение вторичной фригидности носит симптоматический характер и соответствует терапии сходных клинических вариантов первичной фри-

гидности. Необходимо учитывать при этом характер основного заболевания и назначенное в связи с ним лечение.

Лица, обращающиеся к врачу-сексопатологу по поводу с проявлений *псевдофригидности*, в назначении им медикаментозных средств и физиотерапевтических процедур не нуждаются. В этих случаях целесообразно проведение рассудочной психотерапии, которая предусматривает мотивированное разъяснение этим лицам основ психофизиологии половой функции женщины, ее норм и закономерного влияния различных факторов, которые могут привести к физиологическим колебаниям сексуальной функции. Очень полезны специальные беседы с супружеской парой с целью выработки наиболее рациональных режимных рекомендаций.

Лечение *вагинизма* предусматривает проведение комплекса мероприятий, направленных на нормализацию функционального состояния нервной системы и ликвидацию сексопатологических проявлений. Указанный лечебный комплекс включает назначение адекватных курсов психотерапии в сочетании с седативными средствами, малыми транквилизаторами, препаратами, снижающими судорожную готовность, а также водными процедурами и электропроцедурами, способствующими снижению повышенной нервной возбудимости и оказывающими общеукрепляющее действие. Вагинизм как специфический синдром может быть следствием различных клинических форм неврозов и психопатий. В связи с этим назначение больным лечебных мероприятий должно быть дифференцированным в зависимости от клинической формы и особенности течения невроза или психопатии и носить сугубо индивидуализированный характер. Это относится прежде всего к выбору форм и методики проведения психотерапии, которая во всех случаях должна носить курсовой характер.

Большинство ученых совершенно справедливо считают, что лечение вагинизма должно быть строго психотерапевтическим, а всякое местное лечение скорее приносит вред, нежели пользу. Особенно осторожными надо быть с решением вопроса о хирургическом вмешательстве, хотя женщины, страдающие вагинизмом, чтобы избавиться от чувства своей неполноценности и сохранить семью, не желая расставаться с мечтами о потомстве, согласны на любые операции, на любые методы лечения.

Приведем один из таких методов. Еще Д. Саймс советовал в особо тяжелых случаях, когда всякое лечение оказывалось безуспешным, производить дефлорацию и первые половые акты под эфирным наркозом. Такой способ лечения вагинизма в прошлом применялся в Америке. Помимо эфира, для этой цели употребляли хлороформ. Женщина, таким образом, имела возможность забеременеть и родить, а после родов вагинизм самоизлечивался. Таким бракам ряд сексопатологов присвоил соответствующий термин – эфирный брак, а ребенок от такого брака назывался эфирное дитя. На Западе такой метод в некоторых случаях практикуется и в настоящее время.

К сожалению, многие гинекологи-хирурги, желая облегчить судьбу несчастных женщин, страдающих вагинизмом, идут по линии наименьшего сопротивления и разрабатывают одну за другой различные операции, от простых эксцизий и полного удаления гимена до сложных чревосечений, но часто эти операции еще более ухудшают положение.

Так, например, применяли перерезку соответствующих нервных стволов, приводившую к полной анестезии в области вульвы, а также периартериальную симпатэктомию нижнего гипогастраль-ного сплетения. У нас в стране применяли резекцию пресакраль-ного нервного сплетения.

Еще в 1862 г. было предложено форсированное расширение вульварного кольца под наркозом (вплоть до разрыва мышц). По этой методике лечили вагинизм и наши отечественные гинекологи.

Многие врачи советуют для лечения вагинизма вводить под наркозом или гипнозом протез, имитирующий мужской половой член.

В настоящее время наиболее предпочтителен комплексный метод лечения вагинизма, который заключается в следующих десяти элементах.

1. Подробный сбор анамнеза с выяснением особенностей личности, воспитания. Детальный анализ психогении.

2. Разъяснительная беседа о сущности вагинизма (в бодрствующем состоянии).

3. Убеждение больной, что лечение будет абсолютно безболезненно, и при всех манипуляциях она будет активно ассистировать врачу (в бодрствующем состоянии).

4. Тренировочная гимнастика бедер:

1) сидя верхом на стуле лицом к спинке;

2) лежа на лежаке (в бодрствующем состоянии).

В тяжелых случаях вагинизма женщина и в обычной жизни держит ноги плотно сдвинутыми, часто сидит, положив ногу на ногу. Ей крайне трудно раздвигать ноги, а тем более довести угол разведения бедер до величины, разрешающей лечь в гинекологическое кресло. Когда женщина садится на стул лицом к спинке, она невольно должна раздвинуть ноги. В следующий раз для увеличения угла разведения бедер на стул можно добавочно положить подушку.

Когда это хорошо удастся во врачебном кабинете, дается домашнее задание: продолжать упражнение в течение 2–3 недель.

На лежаке предлагается разводить ноги, согнутые в коленях, до максимально широкого угла, с каждым сеансом стараясь увеличивать угол разведения.

5. Тренировочная дыхательная гимнастика брюшного пресса (на лежаке). Больной, лежащей на спине с максимально разведенными и согнутыми в коленях ногами, предлагается набрать полную грудь воздуха и сильно напрягать брюшной пресс (как при запоре). Этот прием мы советуем использовать при попытке к половому акту (в момент введения полового члена).

6. Гипносуггестивный сеанс. Цель такого сеанса – уменьшение, смягчение и снятие страха перед гинекологическим осмотром, а позже и перед половым сношением. Повторение внушения о том, что все лечение будет абсолютно безболезненным. Сеанс заканчивается внушением проснуться свежей, бодрой, в радостном настроении, без страха, а в следующий раз заснуть быстрее, глубже, приятным сном. Если во время первого сеанса удастся получить довольно глубокое гипнотическое состояние, то после пробуждения женщина ложиться на гинекологическое кресло. Если больная не гипнабельна, осмотр на кресле откладывается еще на 1–2 сеанса.

7. Наружный осмотр на гинекологическом кресле (в бодрствующем состоянии). Когда больная ляжет на кресло, мы предлагаем ей набрать полную грудь воздуха и очень сильно напрячь брюшной пресс. При этом мышцы тазового дна расслабляются и половая щель приоткрывается, давая возможность наружным осмотром сделать заключение о состоянии девственной плевы. Затем вазелиновым или растительным маслом смазывается заднепроходное отверстие и при натуживании брюшного пресса производится пальцевое ректальное исследование.

8. Ректальный осмотр для выяснения состояния внутренних половых органов и тщательный осмотр гимена, для чего гимен выпячивается наружу введенным в прямую кишку пальцем.

Обычно женщины, которые до внушения не могли ни лечь на кресло, ни даже раздвинуть ноги, после сеанса, как правило, совершенно свободно ложатся на кресло и позволяют произвести указанные манипуляции.

9. Расширение отверстия девственной плевы до ширины несколько большей, чем необходимо для свободного полового сношения, производится:

1) расширителями Гегара или Жоли;

2) зеркалом Куско (изнутри);

3) зеркалами Саймса;

4) маленьким метрейринтером (изнутри);

5) пальцами.

У гипнабельных больных часто уже после 2-4-го сеансов достигается достаточный уровень анальгезии в постгипнотическом бодрствующем состоянии. В некоторых случаях у недостаточно гипнабельных больных приходится прибегать к смазыванию интроитуса, гимена и нижнего отрезка влагалища (через гимен) 2 %-ным раствором дикаина.

Вход во влагалище, так же как и все инструменты, хорошо смазывается вазелиновым или растительным маслом. Перед введением расширителя или зеркала больная напрягает брюшной пресс. Зеркало Куско вводится в закрытом виде и после разведения браншей (с каждым введением все шире и шире) вынимается врачом или самой больной. После извлечения окружность наибольшего разведения измеряется сантиметром. Зеркало Саймса после введения слегка оттягивается в сторону промежности. Мет-рейринтер вводится корнцангом в сложенном виде, затем резиновой грушей наливается, трубка зажимается, легкими потягиваниями за нее баллон извлекается. При каждом потягивании больная помогает врачу, напрягая брюшной пресс. Когда женщина совершенно освоится с выведением инструментов, очень хорошо поручить ей и вводить их самой – это еще быстрее и радикальнее ликвидирует остатки страха.

10. Домашнее задание по тренировочной гимнастике бедер и брюшного пресса. Кроме того, рекомендуется получить данные о размерах полового члена мужа в состоянии эрекции (6 размеров).

Следует отметить, что в настоящее время при лечении вагинизма в комплекс мероприятий все чаще включают иглоукалывание, в большинстве случаев дающее выраженный положительный эффект.

Как правило, больные охотно и активно ассистируют при всех манипуляциях, сами вынимают введенные врачом расширители, интересуются диаметром расширения, сами измеряют окружность раздвинутых браншей зеркала Куско, сверяя по специально разработанной таблице перевод одного расширения на другое, и пр. Обычно уже к концу лечения больная начинает регулярные и совершенно безболезненные половые сношения.

В некоторых случаях, когда у больной в данный момент нет мужа и полового акта после окончания лечения довольно долго не будет, во избежание суживания гименального кольца раскрывают бранши зеркала Куско еще шире, с таким расчетом, чтобы, вынимая его, больная немного надорвала девственную плеву.

Чем позже начато лечение вагинизма, тем труднее он поддается лечению. Однако комплексным методом удастся излечить ряд больных с длительностью заболевания более 10 лет.

Эффективность психотерапии при вагинизме высока.

При психогенных гениталгиях необходимо выявить причину заболевания в целях выяснения психогенной ситуации, приведшей к возникновению заболевания. Помимо этого, психотерапевтические воздействия должны быть направлены на купирование болевого синдрома и выработку новых здоровых психологических установок. При лечении гениталгии и профилактики ее рецидивов необходима психотерапия супружеской пары, результатом которой должно явиться расширение диапазона приемлемости в интимной жизни супругов (в частности, оптимизация проведения половых сношений). Психотерапия больных психогенными гениталгиями должна носить курсовой характер. Хорошие результаты дают психотерапия, аутогенная тренировка, в частности, метод активного самовнушения, наркопсихотерапия. Вопрос о выборе методов и способов реализации решается с учетом типологических особенностей пациентов, этапа лечения и клинической выраженности имеющейся патологии. При *соматогенных гениталгиях* необходимо проводить лечение основного заболевания в сочетании с психотерапией и седативными средствами, снижающими болевую чувствительность и эмоциональное напряжение, возникающее в связи с гениталгией. Из медикаментозных средств целесообразно назначать малые транквилизаторы в сочетании с анальгетиками. Хорошие результаты отмечены при применении физиотерапевтических методов лечения, при назначении которых, однако, необходимо учитывать причины и условия развития гениталгии. Так, из водных про-

цедур наиболее эффективными оказываются радоновые, хвойные, шалфейные, пресные, азотные ванны, сегментарный и восходящий душ. Из электропроцедур показаны диадинамический пояс, трусы-пояс с новокаином, электрофорез с бромистым кальцием.

Лечение *гиперсексуальности* зависит от ее происхождения. При первично проявляющейся нимфомании, что встречается чрезвычайно редко, следует рекомендовать назначение нейролептиков, транквилизаторов, бромидов, которые вводят вовнутрь или парентерально в зависимости от степени выраженности гиперсексуальности. Полезно сочетать применяемые лекарственные препараты с расслабляющей и успокаивающей гидротерапией (приемом хвойных, йодобромных, пресных, хлоридно-натриевых ванн), а также адекватными электропроцедурами (гальванический воротник с кальцием и бромом, трусы-пояс с новокаином).

Необходимо проведение психотерапии методом разъяснения и убеждения, направленной на самомобилизацию и предотвращение аморальных поступков. При вторичной (симптоматической) нимфомании лечебные меры должны быть направлены на купирование основного причинного заболевания, обусловившего гиперсексуальность. Лечение в таких случаях носит симптоматический характер. Применяются те же лекарственные и физиотерапевтические процедуры, которые были рекомендованы для лечения первично проявляющейся гиперсексуальности.

ПРОФИЛАКТИКА СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН

Сексуальные нарушения в браке в большом проценте наблюдений бывают в тех случаях, когда оба или хотя бы один из супругов совершенно не знакомы с основами половой жизни и психогигиены. Поэтому основой профилактики сексуальных расстройств у женщин должно быть повышение уровня общей и медицинской культуры как у самих женщин, так и у их партнеров. При этом необходимо затрагивать вопросы как гигиены половой жизни, так и психопрофилактики сексуальных нарушений. Психопрофилактические мероприятия по борьбе с сексуальными расстройствами должны строиться на ознакомлении молодежи с основами гигиены семьи и брака. При этом большое значение приобретает проведение систематической массовой санитарно-просветительной работы с привлечением к ней опытных врачей и педагогов. В последнее время отмечается своеобразное парадоксальное явление, заключающееся в поляризации полового поведения молодежи. С одной стороны, распушенность, раннее начало половой жизни, а с другой – ханжеское замалчивание половых вопросов и неправильное воспитание. Психопрофилактические мероприятия подразумевают создание специальных врачебных консультативных пунктов для молодых людей, решивших начать совместную половую жизнь. Организация консультаций по вопросам семейной жизни может дать много ценного для вступающих в брак и молодоженов.

За рубежом достаточно популярны методики по обучению молодых девушек расслаблению мышц влагалища и тазового дна с помощью специальных упражнений, а также по предбрачному расширению девственной плевы. Английские консультанты по вопросам планирования семьи уделяют большое внимание проблеме девственной плевы как потенциального источника конфликтов на первом этапе супружеской жизни. Молодым девушкам, готовящимся к замужеству и обращающимся в консультацию, предлагается пройти курс по обучению массажу и полному расслаблению девственной плевы до такой степени, чтобы половой акт избавил женщину от неприятных эмоций и не создавал трудностей для партнера. Методика английских консультаций не лишена здравого смысла, потому что болезненность первого полового акта вносит всегда неприятный диссонанс в любовные отношения.

Некинг и петтинг

Для профилактики сексуальных расстройств важен вопрос времени возможного начала половой жизни. Правильные менструации, наступившие у девушки, знаменуют собой начало периода полового созревания, нормального развития полового аппарата, но вместе с тем отнюдь не указывают на возможность начала половой жизни и выполнения ее главной функции – деторождения. Организм продолжает расти, развиваться, формируется скелет, главным образом кости таза, размеры которого имеют решающее значение для правильного течения родов. Однако даже наступления полной анатомической зрелости еще недостаточно для создания семьи, образование которой накладывает на обоих супругов большие обязанности. Вместе с тем вчерашние подростки, достигнув 18-19-летнего возраста, превращаются в мужчин и женщин, вступающих в период юношеской любви. Между ними начинают завязываться дружеские и эмоциональные контакты. Мужчины и женщины в этом возрасте предпринимают попытки устроить совместную эмоциональную и сексуальную жизнь парами. Этот процесс начинается во время учебы в старших классах школы, в студенческие годы или в начале самостоятельной трудовой деятельности. В этом возрасте молодые люди выбирают своих избранников или избранниц, нередко на всю жизнь.

Казалось бы, что теперь, когда позади остались острейшие различия и конфликты, характерные для периода полового созревания, их дальнейшая жизнь должна развиваться безмятежно. К сожалению, не существует такого периода в жизни человека, в котором отсутствовали бы свои сложности и заботы.

И вот на первый план выдвигается вопрос: когда следует начинать совместную половую жизнь? У взрослых родителей и школьных преподавателей имеется в запасе для воспитанников целый набор рекомендованных средств для подавления «низких животных инстинктов»: активные занятия спортом, утренняя зарядка, холодный душ, занятия в институте и т. д. Наша цивилизация располагает довольно богатым арсеналом средств для «обуздания» сексуального влечения у молодых. Многие издавна сложившиеся взгляды на решение этой проблемы не выдержали испытания временем, так как продемонстрировали оторванность от реальной жизни, неприемлемость в современных условиях развития общества.

При проведении анкетирования профессиональных спортсменов, занимающихся различными видами спорта, их попросили ответить на вопрос: чем они занимаются охотнее всего после долгого дня изнурительных тренировок?

Оказалось, что большинство опрошенных дали приблизительно одинаковые ответы, сказав что принимают душ, полно ужинают и отправляются к своим девушкам. Как выяснилось, занятия спортом и гимнастические упражнения (как средство ограничения и уменьшения сексуального напряжения) не оказывают приписываемого им воздействия на половую жизнь человека. Занятия всеми видами спорта играют, несомненно, огромную роль в гармоничном физическом развитии молодежи, но они не годятся в качестве «лекарства» для снятия сексуального напряжения.

Другой очень распространенный совет – это предложения «взяться за учебу, чтобы не приходили глупые мысли в голову». Опять же при опросе нескольких десятков замужних и незамужних студенток перед ними был поставлен вопрос: какое воздействие оказывает регулярная половая жизнь или отсутствие таковой на их учебу?

Оказалось, что замужние женщины значительно больше времени и энергии уделяют учебным занятиям, поскольку проблемы поиска и «завоевания» партнера (а также и нередкие драмы на почве неудачной любви), требующие огромных затрат энергии, сняты у них с повестки дня.

Большое значение в студенческих семьях приобретает проблема появления ребенка, но и ее можно решить с помощью рационального использования противозачаточных средств. Следует также учитывать, что постоянные партнеры независимо от того, состоят ли они в браке

или нет, имеют, как правило, конкретные планы на совместное будущее, причем их реализация зависит прежде всего от скорейшего завершения учебы.

Как видно из вышесказанного, широко рекомендуемые рецепты ограничения секса весьма проблематичны и малоэффективны, а выбор альтернативного решения, т. е. сексуальной свободы у молодежи, выдвигает еще одну проблему, особенно опасную для молодых девушек. Этой проблемой является беременность и как следствие неустойчивой жизненной ситуации – ее прерывание. Появление незапланированной беременности и последующий аборт таят в себе самую большую опасность, которая может их подстеречь.

Таким образом, образуется узел, развязать который совсем не просто. На американском континенте, в странах Западной Европы и Скандинавии существует широко распространенная практика использования любовных ласк, заменяющих нормальный половой акт и позволяющих одновременно снять избыточное половое напряжение.

Ласки такого рода делятся на два типа:

- 1) некинг – это ласки лица, губ, головы, рук, груди – одним словом, ласки «до пояса»;
- 2) петтинг – это тоже ласки, поцелуи, раздражения эrogenных зон, но уже «ниже пояса», включая взаимные ласки половых органов без полового акта.

В США, Англии и Швеции, например, к некингу и петтингу прибегают не только молодые люди, но и взрослые, причем им они служат не только для снятия избыточного полового напряжения, заменяя половой акт (как у молодежи), но и для восполнения своеобразных брешей в ситуациях, когда нормальные половые отношения между партнерами уже невозможны (из-за преклонного возраста, состояния здоровья и т. д.).

По данным американских социологов, эти типы ласк очень популярны, причем попадаются даже отдельные пары, которые годами ограничиваются исключительно петтингом с одним или разными партнерами. Среди американских врачей раздаются голоса, предупреждающие об опасности длительного использования таких форм совместной половой жизни, поскольку не исключена возможность закрепления устойчивых условных рефлексов, «угрожающих» так называемым нормальным половым контактам.

Подобные опасения можно в полной мере отнести к любому другому проявлению нормальной половой жизни, если оно постоянно реализуется только в одной неизменной форме. Чувство зрения играет, например, огромную роль в любви, но «поедание глазами» (одна из форм эксгибиционизма – обнажения половых органов перед лицами противоположного пола с целью вызвать у себя половое возбуждение) относится к половым отклонениям, поскольку сексуальный контакт партнеров сводится лишь к зрительным ощущениям, а зрительные раздражители «доводят» организм до снятия сексуального напряжения без полового акта.

Таковыми же отклонениями являются оральные (относящиеся ко рту, ротовые) ласки (доведение до оргазма посредством раздражения половых органов поцелуями), практикуемые в качестве единственно возможной формы снятия сексуального напряжения. Вместе с тем эти ласки не противопоказаны, когда партнеры прибегают к ним в процессе любовных игр, предшествующих коитусу, или заменяют ими сам половой акт (в юношеском возрасте), так как это одна из форм интимных отношений, обогащающая совместную половую жизнь и пробуждающая сексуальную чувствительность у молодых женщин.

В нашем обществе (речь идет не только о молодежи) культура ласк находится в самом зародыше, если не сказать, что практически отсутствует. Неудивительно, что предложения «переспать» следуют сегодня сразу же после двух-трех поцелуев.

Одна из целей данной книги состоит в попытке познакомить читателя с огромным богатством, разнообразием и культурой ласк. Именно поэтому так широко представлен раздел, затрагивающий значение и роль чувств в любви, а описание техники ласк дается с детальными пояснениями. При этом сознательно не принимаются во внимание находчивость и природная

смекалка тех, кто захочет прочитать книгу, памятуя о том, что эти замечательные качества и воображение – неважные помощники и советчики в области секса.

Хочется также заметить, что слова «некинг» и «петтинг» повсеместно вошли в лексикон молодежи в качестве обозначений разнообразных форм ласк, а не как названия половых извращений. Точка зрения многих сексологов, что некинг и петтинг могут выполнять вспомогательную роль на начальной стадии любви, предшествующей переходу к совместной половой жизни, а также выполнять функции школы сексуальной культуры, находит подтверждение и в многочисленных научных наблюдениях.

Ласки, отдаляющие момент полового удовлетворения и полной физической близости партнеров, позволяют женщине развить эмоциональность в психике своего избранника. При этом она получает в свое распоряжение своеобразный лимит времени, требующийся для достижения этой цели, так как мужчина, не получив от партнерши быстрого согласия уступить его настойчивости, начинает «ходить возле нее кругами», проявляя интерес к рисующимся в его воображении отдаленным перспективам полного удовлетворения своих сексуальных желаний. Одновременно он, как правило, забывает об имеющейся возможности поменять партнершу. В этот период (в основном от шестнадцати до двадцати лет) партнер заставляет свое воображение трудиться «на полную катушку», придумывая все новые и новые ласки, утоляющие хотя бы частично его сексуальный голод.

Долгий путь познания мужчиной секретов женского тела превращается одновременно в школу любви для женщины. В ней она получает все необходимое для наиболее полного сексуального развития. Перед партнерами впереди лежит целая жизнь, и именно в этом возрасте они могут довести до совершенства умение разнообразить и обогащать любовь, чтобы она не знала монотонности и не слишком быстро утратила для них краски новизны. Еще О. Бальзак подметил, что любовь, добытая за 2 дня, умирает в течение следующих 2 дней; завоеванная в течение месяцев – живет месяцы, но если ради нее потрачены годы, то ей гарантирована долгая жизнь.

Однако если женщины не имеют ничего против разнообразных ласк «вместо», то представители сильного пола нередко испытывают после таких «игр» неприятные боли в паху и в низу живота. Да, такое бывает. Интенсивное наполнение кровью (гиперемия) мужских половых органов, вызванное сексуальным возбуждением, может привести к появлению болей в паху, нижней части живота и яичках. Такие боли часто принимают за симптомы того или иного заболевания, хотя причиной этих болезненных ощущений является длительная гиперемия. Снятие сексуального напряжения обычно осуществляется самопроизвольно – при помощи поллюций во время сна, сопровождающих эротические сновидения. Если партнеры уже приобрели значительный опыт в познании всего разнообразия и «многоцветья» взаимных ласк, то в процессе их «любовных игр» вполне допустимо извержение спермы с последующим оттоком избытка крови от мужских половых органов.

Хотелось бы подчеркнуть и другие положительные аспекты техники некинга и петтинга на начальном этапе появления взаимного чувства. Помимо такого существенного преимущества, как максимальное продление срока завоевания женщины мужчиной, позволяющее ей использовать свой сексуальный магнит для пробуждения в нем любовного томления, нежности, а также развивать его воображение и фантазию, выражающуюся в еще неизведанных ласках, приближающих к долгожданной цели (прекрасная школа сексуальной любви для молодой девушки), имеется еще одно достоинство такой техники, говорящее в пользу ее применения не очень искушенными влюбленными, – она предохраняет женщину от нежелательной беременности в тех случаях, когда партнеры еще не научились предохраняться другими способами. Надо иметь в виду, что все так называемые поверхностные ласки (прежде всего, прикосновение мужского полового члена к клитору и промежности) могут в случае извержения семени привести к появлению беременности даже у девственницы. По этой причине следует соблюдать

максимальную осторожность, заботясь о том, чтобы сперма не попала на слизистую оболочку, так как сперматозоиды очень легко проникают с половых губ во влагалище.

Можно привести еще один серьезный аргумент в пользу овладения партнерами на начальном этапе любви всем арсеналом любовных средств, заменяющих половой акт. Возможно, что молодоженам нередко придется к ним прибегать в ходе дальнейшей супружеской жизни, например, во время длительного полового воздержания в предродовой и послеродовой периоды, которые, как правило, плохо переносятся мужчиной, привыкшим к регулярной половой жизни. Не следует также забывать, что вынужденное воздержание создает предлог для поиска другой женщины – ситуация тем более неприятная для жены, так как именно во время беременности она нуждается в наибольшей нежности и заботе мужа.

Огромное количество браков распадается на сексуальной почве. Врачам известно, как жестоко обращаются иногда «изголодавшиеся» мужья со своими женами, только что вернувшимися из роддома. Разве может женщина сохранить здоровье, если спустя неделю или даже раньше после родов муж принуждает ее к половому сношению, после чего она попадает в больницу с тяжелым воспалением матки или яичников.

Супругам можно дать лишь один совет: они должны во время вынужденного полового воздержания обратиться к ласкам, заменяющим нормальный половой акт. Если этим искусством они овладели во время зарождения взаимного чувства, когда такие ласки наиболее необходимы в силу невозможности (по разным причинам) коитуса, то тогда возвращение к ним в период беременности или вынужденного полового воздержания не составит для них большого труда. Учиться другим формам совместной половой жизни в период, когда внешность и фигура женщины теряют свою привлекательность, вряд ли благодарное занятие для пробуждения интереса к ласкам. Супружеским парам с многолетним стажем, хорошо знающим свои сексуальные привычки и потребности, не следует рекомендовать полное воздержание, так как подобные советы обычно не достигают цели – речь может идти только о смене формы ласк и любовной технике.

В супружеской жизни есть еще один период, когда некинг и петтинг приобретают неоценимое значение, – это так называемая супружеская осень. В большинстве случаев партнеры стареют одновременно, и многие прочные браки распадаются, утрачивая эмоциональные связи из-за импотенции супруга или неспособности женщины продолжать половую жизнь (что случается реже).

В период, когда у мужчины появляются трудности с эрекцией полового члена, он еще долгое время сохраняет способность к семяизвержению и может испытывать оргазм. Точно так же и женщина, которая не в состоянии вести нормальную половую жизнь из-за болезненных изменений во влагалище или осложнений после хирургической операции, сохраняет чувствительность клитора и реагирует на ласки. Восполнение сексуального дефицита нежностью и ласками позволяет пожилым супругам безболезненно миновать этот очень беспокойный период их совместной жизни. Итак, от времени овладения искусством ласк и «сексуальных игр» при рождении любви мы подошли к поздней осени супружества. Прodelав этот путь, мы убедились, что ласки – это не дополнительная форма разврата, которая предлагается и без того, как многие считают, распущенной молодежи, а школа физической любви и средство, позволяющее устранить конфликтные ситуации на протяжении всей совместной жизни мужчины и женщины.

Профилактика вагинизма

Как правило, из всех причин развития вагинизма наибольшее значение имеет болезненная дефлорация. Поэтому в профилактике этого сексуального расстройства первоочередное внимание необходимо уделять именно моменту начала половой жизни. Исполон веков миллионы женщин теряли свою девственность. И первое половое сношение – это в некотором отно-

шении неприятный опыт, который позволяет в дальнейшем познавать все новые тайны сексуальной любви.

Когда партнеры принимают решение начать совместную половую жизнь, им необходимо по возможности ограничить предварительные ласки, так как они вызывают приток крови к половым органам, увеличивая возможность последующего кровотечения и повышая нервную возбудимость, что может привести к появлению неприятных ощущений при первом половом сношении. Трудно рассчитывать, что женщина, даже если она развита в сексуальном отношении, сможет испытать оргазм при первом коитусе, потому что болевые ощущения, как правило, блокируют сексуальное возбуждение, хотя бывают, разумеется, и исключения. Предварительные ласки должны быть нежными, проникнутыми душевным теплом и любовью и в меньшей степени направлены на возбуждение эротической чувственности.

Во избежание неприятных ситуаций целесообразно последовать следующему совету. Техника первого полового сношения, рекомендуемая женщинам в данном случае, в значительной степени сокращает время ощущения боли, а также позволяет избежать болезненных, долго не заживающих повреждений в области клитора.

Перед первым коитусом женщина должна подложить под ягодицы свернутую валиком подушку или валик дивана так, чтобы таз был слегка приподнят вверх. Ноги, раздвинутые в стороны и согнутые в коленях, женщина должна прижать как можно ближе к своей грудной клетке, так как в такой позиции верхняя часть входа во влагалище, расположенная поблизости от лобка и клитора, поднимается вверх, приближаясь к животу, а мужской половой член упирается в девственную плеву в нижней части преддверия влагалища и области промежности. Прижатие широко раздвинутых коленей к грудной клетке приводит к максимальному напряжению девственной плевы у входа во влагалище, что облегчает быстрый ее разрыв.

Помните еще об одной трудности. Нормальная реакция каждого человека на боль – желание отодвинуться подальше от источника болевых ощущений. При первом половом коитусе инстинктивное стремление женщины прервать физический контакт в момент, когда она чувствует боль, вызывает расслабление плевы, затягивая болезненные ощущения. Несмотря на эту рефлекторную реакцию, женщина должна сознательно при появлении легкой боли сделать движение тазом вперед, сократив тем самым до доли секунды продолжительность болевого момента при надрыве плевы. Следуя вышеуказанному совету, можно миновать порог не слишком приятного вступления в сексуальную жизнь почти безболезненно.

Пока все замечания относительно первого полового акта предназначались главным образом для женщин. Поэтому необходимо сказать еще несколько слов о позиции мужчины. Он может находиться в традиционном положении лежа, при котором, легко упираясь в постель, поддерживает женщину руками за плечи, с тем чтобы не позволить ей отодвинуться в момент ощущения боли. Однако более предпочтительна позиция, когда мужчина стоит на коленях между раздвинутыми ногами женщины, придерживая ее руками за бедра. В этом положении он может контролировать ситуацию, а не действовать вслепую.

В общем, ничего сложного во всем этом нет, и поначалу кажется, что вроде бы незачем на эту тему особенно распространяться. Но не будем забывать, что есть большая группа молодежи, которая хотела бы изучить эту проблему глубже, не зная, каким образом и где можно почерпнуть соответствующие сведения.

Детальный анализ трудностей, возникающих в связи с решением партнеров начать совместную половую жизнь, убеждает в том, что источники информации в этой сфере действительно необходимы.

На консультацию к сексологам довольно часто приходят молодые супруги, разочарованные, брюзжащие и нередко разругавшиеся между собой в пух и прах. А главной причиной всех недоразумений и скандалов оказываются трудности, выявившиеся во время первого полового сношения.

Наряду со многими молодоженами, изводящими друг друга неоднократно неудачными попытками начать половую жизнь в течение двух-трех месяцев (а иногда и целого года), врачам довольно часто приходится иметь дело с парами, которые на протяжении иногда нескольких лет после вступления в брак ни разу не имели нормального коитуса.

Многие из них пробовали начинать, действуя как будто бы правильно, но трудности возникали или в виде естественной физиологической преграды – девственной плевы, или же из-за преувеличенного страха перед первым половым актом, раздутого, кстати, до невероятных размеров «услужливыми» приятельницами (в основном замужними женщинами). Правда, в отдельных случаях трудности создавал сам партнер.

Известный польский сексолог М. А. Вислоцкая рассказывает о подобном случае из ее практики: «Мои „рекордсмены“ – семилетняя супружеская пара – заслуживают того, чтобы о них поговорить подробнее. Первой ко мне пришла жена с просьбой вылечить ее от бесплодия, так как, добившись материального достатка, она и муж решили заиметь ребенка, но – увы – ничего из этой „затеи“ не получается.

Осмотрев пациентку, я обнаружила, несколько обескураженная, что девственная плева сильно заращена, но не нарушена. В осторожной форме поинтересовалась, желая сориентироваться в ситуации (т. е. уточнить, знает ли об этом сама пациентка), как складывались интимные отношения с мужем, попросив уточнить некоторые подробности. Она ответила, что половая жизнь доставляет обоим большое удовлетворение, так как они прекрасно подходят друг другу в области секса, по характеру, и вообще семейная жизнь складывается у нее исключительно счастливо и гармонично. Настал мой черед удивляться: неужели такое возможно? Из беседы выяснилось, что половые отношения этой пары ограничивались поверхностным контактом половых органов при сомкнутых бедрах партнерши. В такой позиции коитус заканчивался каждый раз оргазмом обоим супругам. Я спросила, известно ли ей, что она до сих пор девственница? Собеседница несколько опешила, затем покраснела и через несколько секунд горько разрыдалась. Оказалось, однако, что не из-за своей девственности. Пациентка испугалась, что истинная картина ее половой жизни явится потрясением для мужа, которого она обожает и которому не хочет причинить никаких неприятностей.

– Дорогая пани доктор, – умоляла она меня, – прошу вас что-нибудь придумать! Скажите ему, что плева у меня полностью заращенная, и нормальный половой акт из-за этого вообще невозможен. Я очень боюсь ранить его мужское самолюбие, ведь он может почувствовать себя физически неполноценным.

Я пообещала, что попробую провести с ее мужем «дипломатическую беседу» и ни в коем случае не стану посвящать его в детали без ее согласия.

На следующий день явился ее муж, очень милый, спокойный и уравновешенный молодой человек лет тридцати, и когда я начала объяснять ему, что его жена не беременеет из-за неправильного строения девственной плевы, закрывающей вход во влагалище, он внимательно меня выслушал и сказал:

– Я очень рад, пани доктор, что могу откровенно побеседовать с вами по этому вопросу. Кристина была первой девушкой, с которой я подружился и которую полюбил. Мы поженились. Мы любили друг друга и действительно не имеем никаких взаимных претензий, но мне постоянно казалось, что в нашей половой жизни чего-то не хватает. Правда, я не мог сообразить, в чем дело. Техника сексуальной жизни, к которой мы пришли самостоятельно, приносит обоим физическое удовлетворение, но мне и в голову не могло прийти, что жена до сих пор девственница. У меня к вам только одна просьба, пани доктор: прошу не говорить ей, что у нас не все в порядке с сексом, так как она будет огорчена, что не сумела дать мне всего того, что могла и хотела дать, а в итоге это может омрачить нашу исключительно удавшуюся семейную жизнь.

Беседы с этой молодой парой я считаю одними из самых приятных, которые мне довелось вести во врачебном кабинете. Я была искренне тронута их заботой друг о друге, желанием уберечь от всяких отрицательных эмоций любовь, которая их связывала. Финал этого любопытного случая был благоприятный: после дефлорации девственной плевы и перехода к нормальной половой жизни Кристина очень скоро забеременела, а затем родила девочку. Эту историю нельзя назвать типичной, но вместе с тем она является примером нежного и гармоничного отношения супругов друг к другу. Взаимное чувство выдержало суровое испытание, каковым являлось «открытие», затронувшее их сексуальную жизнь. Пожалуй, впервые мне пришлось столкнуться с такой абсолютной неосведомленностью молодых людей в области секса. Неудачные попытки нарушить девственную плеву при первом половом сношении могут привести со временем к озлобленности и взаимным упрекам, к страху перед половой жизнью у женщины и раздражению, смешанному с чувством глубокого унижения, – у мужчины. Вполне вероятно, что полная «неграмотность» Кристины и ее мужа в вопросах секса помогла им, как ни странно, сохранить брак».

Нельзя, разумеется, не учитывать и весьма распространенные взгляды, в соответствии с которыми девственная плева – это обязательный залог целомудрия и порядочности девушки.

В наши дни такие воззрения утратили свою актуальность и, как утверждал в своем докладе А. Кинси, американская статистика 50-х гг. свидетельствовала, например, о довольно быстром сокращении количества девственниц, вступавших в брак. Не только в Соединенных Штатах, но и во всем мире к этой проблеме относятся сейчас с гораздо большей терпимостью. Одной из причин, несомненно, является утверждающееся равноправие женщин во всех областях жизни, что не может, конечно, не отражаться и в новых подходах общества к сексуальным отношениям.

Целесообразно немного подробнее остановиться на тех трудностях, которые возникают во время первого полового сношения. Мы знаем, что сильно заращенные или «ситочные» девственные плевы могут представлять препятствие при первом половом акте, в особенности если в роли партнера выступает малоопытный мужчина (девственник). В тех ситуациях, когда, несмотря на многократные попытки, все более усиливающие у женщины болевые ощущения, не удается разорвать плеву, необходимо обратиться к врачу, так как нарастание неприятных эмоций и страха сказывается очень негативно на последующих взаимных отношениях между молодыми супругами. Врач, рекомендуя вышеприведенную технику первого сношения или надрезая плеву, решает вопрос кардинальным образом, после чего трудности заканчиваются.

При этом следует обратить внимание на два момента. Во-первых, во время коитуса мужчина должен действовать уверенно, демонстрируя определенный натиск и принимая решения не только за себя, но и за партнершу. В то же время она должна проявить чуточку объективизма, не терять голову от страха и не отталкивать чересчур резко партнера, потому что в ее «героической» обороне заключена, как правило, причина болезненности предпринимаемых мужчиной усилий. Необходимо для себя четко уяснить, что речь идет не о какой-то нестерпимой боли и страшном кровотечении, картины которых возникают в разыгравшемся воображении, а о легком, может быть, чуть-чуть неприятном болевом ощущении, которое длится секунду, если мы сами своими необдуманными действиями не усложним ситуацию. Причем не следует забывать, что выбор правильной позиции при коитусе и напряжение девственной плевы значительно сокращают болезненный момент, уменьшая до минимума ощущение боли.

Перед тем, как принять решение о вступлении в совместную сексуальную жизнь, девушке надо обязательно показаться гинекологу.

Неприятные ощущения в первый период половой жизни могут доставлять такие мелкие надрывы девственной плевы, которые требуют для своего заживления определенного времени. Поэтому если муж не ограничит свой темперамент и не проявит некоторую сдержанность, то у жены не будет времени на заживление мелких ранок, которые могут воспалиться, припу-

хоть и кровоточить при каждой попытке полового сношения. Ежедневные (иногда многократные) коитусы могут способствовать появлению у женщин болезненных ощущений в течение нескольких дней или даже недель после первого сношения, отбив у нее надолго желание выполнять супружеские обязанности.

Железным правилом для мужчин должно стать возобновление половой жизни не раньше чем через несколько дней после первого сношения, т. е. до заживления изменений (надрывов) девственной плевы. Женщине в этот период можно посоветовать после подмывания утром и вечером смазывать промежность глицерином: эта мера ускоряет процесс заживления.

Д. Ж. Боккаччо, описывая в «Декамероне» безумные ночи страстных девиц, наполненные десятками половых актов и вакханалией чувственных наслаждений, был, возможно, одним из тех творцов мировой культуры, которым мы обязаны появлением такого прекрасного выражения, как «медовый месяц». К сожалению, оно вводило в заблуждение не одно поколение любовников, ожидавших нескончаемого «праздника любви» именно в этот период. Значительно целесообразнее сконцентрировать в это время внимание прежде всего на спокойной атмосфере и гигиене секса, которые обеспечивают бесконфликтное вхождение в нормальный ритм половой жизни.

Обычай совершать свадебные путешествия, тесно связанный с ритуалом бракосочетания и помолвки, сейчас постепенно уходит в прошлое, хотя и не везде. Сегодня девушка выезжает в такое путешествие со своим избранником, как правило, уже не девственницей. Главное, что привлекает молодых в свадебном путешествии, – это возможность остаться, хотя бы на короткий срок, без посторонних, т. е. побыть наедине, так как многие пары не имеют собственного жилья и вынуждены жить или с родителями, или раздельно. Для партнеров со стажем, выезжающих после вступления в брак в свадебное путешествие, оно превращается в поистине чудесное времяпрепровождение, в своеобразный испытательный срок, знаменующий начало будущей жизни вдвоем.

Совершенно иная ситуация складывается, когда в свадебное путешествие отправляется девственница. Выезд создает много неудобств: очень важно иметь свой угол, изолированный от других людей, иметь собственную ванную, в которой можно подмыться и соблюдать гигиену тела, а также собственную тахту, которая, во-первых, удобна, а во-вторых, не имеет подслушивающих ушей за всеми стенами (что характерно, например, для гостиниц или домов отдыха), эта мысль раздражает нервы, особенно женские. Не менее важен, конечно, и вопрос постельного белья, так как лишь у себя дома можно не беспокоиться, останутся ли на простыне пятна или кровь.

Приобретение новых привычек в такой архиважной сфере человеческой жизни, как секс, открытие в себе новых условных рефлексов, приспособленных к реалиям интимных отношений (как физическим, так и психическим), требуют спокойной атмосферы и определенной изоляции. Наиболее подходящей для этого становится, как нетрудно догадаться, собственная квартира (если таковая имеется). Если после нескольких недель совместной жизни молодые решат провести где-нибудь отпуск вдвоем, то это путешествие, несомненно, останется одним из самых ярких воспоминаний их молодости.

Виновником трудностей, возникающих при первом половом акте, может оказаться и мужчина. Если партнер робок, нервничает, не уверен в себе, боится не показаться мужественным в глазах любимой, то это, естественно, сказывается и на его физическом состоянии: ему не удается добиться полной эрекции полового члена, зафиксировать его достаточную жесткость и упругость, задержать преждевременный выброс спермы и т. д. Привычка к взаимным ласкам, выработавшаяся задолго до начала совместной половой жизни, в значительной степени помогает преодолеть вышеперечисленные трудности. Партнеры, уже познавшие вкус сексуального наслаждения, вызываемого ласками, привыкшие к своей наготы, нежным прикосновениям и поцелуям, обычно лучше подготовлены к любым возможным «сюрпризам» при первом поло-

вом сношении и более уверенно с ними справляются. Мужчина, который сумел убедиться, что разнообразные ласки, поцелуи или поверхностный физический контакт с партнершей вызывает у него нормальную эрекцию и семяизвержение, не видит большой разницы в своих ощущениях при первом половом акте. Для него это, по существу, очередной шаг на пути взаимного познания секретов своего тела.

Трудности с эрекцией и преждевременная эякуляция постепенно уходят в прошлое, точно так же, как и страх перед утратой девственности. Это приметы времени и современных условий, облегчающих завязывание взаимных контактов среди молодежи, и нам не следует уподобляться страусу, закрывая на это глаза. Кошмар первой брачной ночи – это уже история нравов. Ситуацию, когда двое практически не знающих друг друга людей, старательно и надежно оберегаемых родителями и родственниками от всяких интимных контактов, вдруг поставлены в положение, соответственно не подготовившись к этому, при котором она должна молча переносить боль, а он – демонстрировать свою мужскую силу, вряд ли можно назвать желательной.

Многие молодые жены жалуются в первые месяцы после вступления в брак на неприятную сухость во влагалище, значительно снижающую чувственность и вызывающую во время сношения, особенно в начальной фазе, неприятные ощущения. Это объясняется эффектом, если можно так выразиться, половой неразбуженности и скудостью предварительных ласк. Такие физические контакты предварительного периода, как поцелуи, прикосновения, ласки груди, различные сексуальные «игры» способствуют приливу крови. Кровоснабжение области промежности и влагалища приводит к выделению слизи слизистыми железами, одновременно внутритканевая жидкость начинает просачиваться через стенки влагалища в его полость. В результате этих изменений происходит увлажнение области преддверия влагалища и приоткрываются малые половые губы, облегчая введение мужского полового члена. Таким образом, если мужчина сумеет заставить партнершу почувствовать всю полноту сексуального возбуждения, то этого вполне достаточно для того, чтобы избавиться от сухости влагалища.

Смена положений в половом акте позволяет женщине выбрать наиболее удобную и безболезненную позицию. Еще раз следует отметить большую роль мощных и напряженных мышц промежности во время коитуса. Нередко даже после изменения позиции сильные сокращения мышц затрудняют нормальное развитие полового акта. Таким образом, наряду со сменой позиций необходимо обращать внимание на функционирование мышц промежности. Женщина должна уметь расслаблять их.

Профилактика фригидности **Предрасполагающие факторы**

Важным моментом является понимание причин и условий развития различных форм фригидности у женщин и механизма формирования их клинических проявлений. Правильная оценка предрасполагающих факторов предопределяет возможность профилактики указанной патологии и ее рецидивов. Анализ факторов, приводящих к возникновению и развитию различных форм фригидности, позволяет подразделить их на три основные группы.

Первую из них составляют факторы, связанные с неправильной информированностью (осведомленностью) партнеров о моральных критериях и физиологических нормах сексуальной жизни. Недостаток необходимой информации предопределяет формирование неправильной психологической установки на приемлемый характер сексуальных отношений. Форма сексуального поведения, диапазон приемлемости, допускаемые молодыми женщинами, в определенной мере всегда отражают полученное ими в семье воспитание. Правильное половое воспитание неотделимо от общего развития личности и должно начинаться с детского возраста. Нередко неправильное воспитание, культивирующее чрезмерную строгость отношений между мужчиной и женщиной, является причиной выработки у девушек отрицательной установки на

половую жизнь как на проявления низменных тенденций, порочащих чистоту человеческих чувств. Недостаточная осведомленность молодых супругов может приводить к неправильному пониманию нормы и патологии половой жизни.

Часто незнание физиологических колебаний половой функции может привести к неправильным толкованиям и ложным выводам у одного или обоих супругов, приводящим к ошибочному поведению, невротическим фиксациям, а затем и к нарушениям половой функции. Половые излишества, которые могут приводить к истощению механизмов нервной регуляции копулятивного цикла, также являются важными факторами, способствующими развитию сексуальных расстройств у женщин.

Вторую и наиболее частую группу факторов, предопределяющих возникновение истинной фригидности и псевдофригидности, а также возможность развития вагинизма и гениталгии, составляют те или иные пороки техники полового сношения и поведения полового партнера. Нередко причиной отсутствия оргазма является неправильное проведение предварительного периода, недооценка психологической и физиологической подготовки женщины к предстоящему половому сношению. Следует учитывать, что для большинства женщин указанная психологическая подготовка охватывает значительно больший отрезок времени, чем продолжительность ситуации, непосредственно предшествующей половой близости. В то же время физиологическая подготовка по времени целиком и полностью укладывается в пределы продолжительности предварительного периода и в большинстве случаев занимает 10–15 мин.

Не меньшее значение имеет техника проведения полового акта, критериями адекватности которой являются не только частота и амплитуда фрикций, но также и оптимизация позы половых партнеров. Последнее оказывается весьма существенным фактором адекватных раздражений генитальных эрогенных зон.

Таким образом, наиболее часто встречающаяся физиологическая причина фригидности женщины – ее эротическая неготовность.

Неготовность женщины к оргазму может быть следствием недостаточной стимуляции ее партнером, недостаточной продолжительности прелюдии и самого акта, а также пассивности женщины, полагающейся только на действия мужчины.

Чтобы преодолеть эти трудности, женщина должна овладеть тайнами собственного тела. Этому помогают специальные упражнения. Они раскрепощают женщину, позволяют ей почувствовать себя сексуальным существом. Положительную роль играет также мастурбация, позволяющая женщине понять, какие именно прикосновения для нее наиболее желанны, и потом рассказать об этом мужу.

Сексуально-заторможенным женщинам весьма полезно знакомство с эротическими книгами, журналами и фильмами. Сначала, чтобы не испытывать смущения, наедине, а потом вдвоем с партнером.

Многие женщины облегчают себе достижение оргазма самомассажем во время коитуса своих самых чувствительных эрогенных зон, например, клитора или сосков или попросив об этом партнера.

Даже простая концентрация внимания на своих ощущениях или на эрогенных зонах способствует достижению оргазма.

Существует два типа возбудимости женщин – клиторический и вагинальный. Все это должен учитывать партнер, особенно при аноргазмии. Тип половой возбудимости женщины партнеры должны иметь в виду и при выборе позы, ибо, как уже говорилось, при различных позах в половом акте задействуются разные эрогенные зоны.

При клиторическом типе половой возбудимости женщины ее партнеру следует, вызвав половое возбуждение партнерши стимуляцией клитора, продолжать воздействие на клитор и далее, после введения пениса, вплоть до наступления оргазма. Если в процессе совокупления мужчина прекратит стимулирование клитора, возбуждение женщины такого типа резко падает.

При вагинально-клиторическом типе возбудимости надо вовремя почувствовать переключение возбуждения с клитора на влагалище.

Если клитор женщины расположен высоко и это затрудняет его стимуляцию партнером, можно порекомендовать женщине во время сношения положить руку на нижнюю часть живота и движениями сверху вниз сместить клитор так, чтобы он тесно соприкасался с пенисом во время фрикций. Кроме того, женщина сама может оказывать на клитор ритмическое давление, повышающее ее возбудимость.

Можно посоветовать при сухости наружных половых органов женщины (помимо более длительных предварительных ласк, что приводит к увлажнению влагалища) одному из партнеров слегка смазать свои гениталии растительным маслом или вазелином. Это избавит женщину от боли в начале соития, а также уменьшит силу трения, что предупредит слишком быстрое наступление эякуляции.

Одной из причин аноргазмии может быть практика прерывания коитуса. Мужчина прекращает его за несколько мгновений до наступления оргазма, и семяизвержение происходит вне половых органов женщины.

Опасаясь беременности, партнерша обычно следит за поведением мужчины, успел ли он своевременно вывести пенис из влагалища. Такое отвлечение внимания может препятствовать возникновению у нее оргазма, так как многие женщины ощущают момент приближения оргазма у мужчины. Причем его наступление для партнерши является сильнейшим раздражителем, усиливающим их половое возбуждение. Прерывание же акта нередко приводит к тому, что женщина остается неудовлетворенной – может возникнуть фрустрация. Прерываемые половые акты срывают физиологическую программу копулятивного цикла и обуславливают появление застойных явлений в женских половых органах.

К группе факторов, влияющих на качественные характеристики полового акта в аспекте ощущений, испытываемых женщиной, относятся также некоторые нередко практикуемые неправильные способы предупреждения беременности. К их числу, например, относятся применяемые марлевые или ватные тампоны, смоченные разведенным уксусом, слабым раствором соляной кислоты и т. п. Весьма нередко подобное тампонирование приводит к возникновению неприятных ощущений во влагалище и даже к развитию воспалительных изменений, которые снижают чувствительный компонент полового акта и приводят к притуплению или отсутствию оргазма. К рассматриваемой группе факторов следует отнести также практикуемые некоторыми женщинами (в целях предупреждения беременности) спринцевания влагалища непосредственно после полового сношения, которые при неправильной их реализации превращаются в весьма неприятную и утомительную процедуру, следующую непосредственно за оргазмом. Это, по сути, нарушает заключительную фазу полового сношения, вызывая у некоторых женщин чувство половой неудовлетворенности, что может привести к формированию отрицательно-эмоционального отношения к половой близости, чему способствует также и страх перед беременностью. Указанные обстоятельства нередко лежат в основе последующего развития сексуального расстройства.

Третью группу факторов, предопределяющих возможность появления фригидности и развития других сексуальных расстройств у женщин, составляют внешние условия бытового характера. К ним прежде всего относятся нарушения внутрисемейных межличностных отношений и отрицательное влияние конкретной обстановки, в которой осуществляется половая близость, приводящие к вынужденному сужению диапазона приемлемости в интимных отношениях супругов с нарушением оптимальных программ предварительного периода и техники половых сношений. Изучение причин и условий развития первично проявляющихся форм половой холодности показало, что паторефлекторная форма первичной фригидности чаще всего развивается у женщин с чертами тревожно-мнительного характера, склонных к невротическим фиксациям на неудачном половом акте, обусловленном различными внешними и внут-

ренными факторами. В связи с этим меры психопрофилактики указанной формы первичной фригидности предусматривают обязательное соблюдение психогиgienических норм половой жизни, исключая случайные половые сношения, половые сношения в неблагоприятной обстановке, после психогений, на фоне физического переутомления, а также половые акты без психологической подготовки и предварительных ласк.

Профилактика дисрегуляторной формы первичной фригидности должна состоять в недопущении практики прерываемых и пролонгированных половых актов и неправильного использования противозачаточных средств. Для предупреждения развития абстинентной формы половой холодности нужно, чтобы женщины знали, что длительное половое воздержание в некоторых случаях может привести к снижению либидо и оргазма, которое, однако, является временным фактором и полностью устраняется при нормализации ритма половой жизни. После длительного перерыва в половой жизни особую значимость в плане профилактики фригидности приобретают факторы психологической подготовки, а также длительность и качество проведения предварительного периода.

Профилактика ретардационной и конституционально-генетической форм половой холодности предусматривает проведение своевременного лечения различных детских заболеваний, полноценное питание, занятие физкультурой, правильное воспитание. Клинический опыт свидетельствует о том, что рецидивам первичной фригидности у женщин обычно предшествуют переутомление, психические и физические конфликтные ситуации, различные заболевания, причем указанные рецидивы чаще всего развиваются на фоне низкого уровня социально-психологической адаптации супругов. Наблюдения показали, что рецидивы первичной фригидности могут развиваться не только при действии специфических патогенных факторов, но и после различного рода психогенных воздействий, не имеющих непосредственного отношения к половой функции. Это свидетельствует о том, что в формировании рецидивов первичных половых расстройств у женщин определенную роль играют следовые реакции. По всей вероятности, в основе сексуальных срывов в таких случаях лежат нарушения адаптационных и компенсаторных функций нервной системы, приводящие к расстройству нейрогуморальной регуляции половой сферы.

Таким образом, мероприятия, направленные на профилактику различных вариантов вторичных сексуальных расстройств у женщин, охватывают комплекс мер по предупреждению различных нервных и соматических заболеваний, являющихся причиной симптоматической сексуальной патологии. Особое место среди этих мероприятий должно быть отведено предупреждению и своевременному лечению неврозов, а также борьбе с алкоголизмом, наркоманией и тенденциями к фармакофилии. Меры по профилактике вагинизма и гениталгий должны включать проведение санитарно-просветительной работы, направленной на разъяснение девушкам и молодым женщинам правил соблюдения личной гигиены, повышение культуры их быта, профилактику неврозов, борьбу с алкоголизмом. Особое внимание в этой работе должно быть уделено борьбе с абортами и профилактике различных гинекологических заболеваний, а при их возникновении – необходимости своевременного лечения.

Тренинг

Можно дать общие советы женщинам, испытывающим трудности с оргазмом. Существует несколько упражнений, помогающих в этих случаях.

1. Лежа постепенно расслабьте все мышцы тела. Постарайтесь сконцентрировать свое внимание на половых органах, а затем – вызвать ощущение тепла в гениталиях и нижней части живота.

2. Напрягите все мышцы от пояса до колен и расслабьте их. Серия составляет 15–20 циклов напряжения-расслабления. Особое внимание следует обратить на кольцообразное сжатие

мышц заднего прохода. Следует стремиться к тому, чтобы при напряжении стенки влагалища соприкоснулись.

3. Расставьте согнутые в коленях ноги чуть шире плеч, нагнитесь и обопритесь о край стола, кровати или кресла. Тело должно быть под прямым углом к бедрам. Постепенно выпрямляйте колени и начинайте цикл попеременных напряжений и расслаблений мышц живота. При напряжении живот втягивается, надо стараться максимально втянуть живот, приближая его к позвоночнику. Чередования должны быть достаточно быстрыми и производиться с максимальной амплитудой. Обратите внимание на то, чтобы в этот процесс включались мышцы влагалища. Цикл составляет 25–30 движений.

С точки зрения физиологии у женщины оргазм происходит тогда, когда есть хороший тонус мышц влагалища и хорошее управление ими. Если они дряблые, если женщина не умеет ими управлять, то оргазм не происходит именно из-за отсутствия необходимой физиологической базы.

Есть довольно простые рекомендации, которые были зафиксированы еще в древнеиндийских и древнекитайских эротических трактатах. Женщина должна почувствовать, обладает ли она способностью волевым усилием напрячь и расслабить кольцевые мышцы влагалища. Если это удастся ей с трудом, есть хорошая серия ежедневных занятий (на месяц, два и больше), которые могут выправить положение.

Женщина в наклоне (туловище по отношению к ногам составляет прямой угол), держась руками за спинку стула, фиксируя внимание на вдохах и выдохах, ритмично напрягает и расслабляет мышцы влагалища. Если такая аналогия уместна, то это похоже на напряжение и расслабление мышц заднего прохода. Сжать, расслабить... Сжать, расслабить... Повторять на протяжении 3–4 мин, можно несколько раз в день, но обязательно ежедневно. Поднимается тонус мышц, улучшается именно физиологическое обеспечение оргазма. Не исключено благоприятное воздействие на общее самочувствие.

Техника специальных упражнений для вагинальных мышц была разработана американским гинекологом Арнольдом Кейгилем в конце 1940-х гг.

Это программа упражнений по укреплению и развитию внутренней женской мускулатуры малого таза для увеличения сексуального наслаждения, как своего, так и партнера. Тренировка мышц промежности исключительно важна для успешного регулирования оргазма. Манипуляции этими мышцами заметно добавляют удовольствия обоим партнерам, они хороши и для сексуального возбуждения мужчин.

Женщина может идентифицировать вагинальные мышцы следующим образом: во время мочеиспускания нужно попытаться остановить струю мочи, не двигая ногами. Мышцы, которые используются для данной манипуляции, и есть вагинальные мышцы. Если не удастся обнаружить их сразу, не следует прекращать попытки.

Упражнения Кегеля состоят из трех частей.

1. Медленные сжатия. Напрягите сексуальные мышцы, как вы делали это для остановки мочеиспускания. Медленно сосчитайте до трех. Расслабьтесь.

2. Сокращения. Напрягите и расслабьте сексуальные мышцы как можно быстрее.

3. Выталкивания. Потужьтесь вниз умеренно, как при стуле или родах.

Это упражнение, кроме напряжения сексуальных мышц, вызывает напряжение и некоторых брюшных. Вы также ощутите напряжение и расслабление ануса.

Начните тренировки с десяти медленных сжатий, десяти сокращений и десяти выталкиваний по пять раз в день. Через неделю добавьте по пять упражнений к каждому, продолжая выполнять их пять раз в день. Добавляйте по пять к каждому упражнению через неделю, пока их не станет по тридцать. Затем продолжайте делать по крайней мере пять наборов в день для поддержания тонуса. Вы должны регулярно выполнять 150 упражнений Кегеля каждый день.

Вы можете выполнять эти упражнения практически где угодно: во время вождения машины, прогулки, просмотра телевизора, сидя за столом, лежа в кровати (или сидя за партой), причем это совершенно незаметно для окружающих. Их можно делать в любое время независимо от того, есть у вас партнер или нет.

В начале занятий может оказаться, что ваши мышцы не хотят оставаться в напряженном состоянии во время медленных сжатий. Возможно, вы не сможете выполнять сокращения достаточно быстро или ритмично. Это потому, что мышцы пока слабые. Контроль улучшается с практикой.

Если мышцы устали в середине упражнения, отдохните несколько секунд и продолжайте. Не забывайте дышать естественно и ровно во время упражнений. Делайте от одной до двух сотен сжатий каждый день.

Обращаем ваше внимание, что мочеиспускание может использоваться только для идентификации этой группы мышц, исключительно для того, чтобы вы смогли понять какие мышцы нужно тренировать. Сами упражнения в этот момент выполнять не надо, потому что, как считают некоторые ученые, это может быть потенциально вредным для здоровья женщины. Обучение этим упражнениям наиболее эффективно во время бимануального исследования у врача, когда можно оценить правильность их выполнения, поскольку при самостоятельном освоении правильно их выполняют лишь 30 % женщин.

Вагинальные тренажеры

Тренировку вагинальных мышц можно проводить с использованием специальных влагалищных тренажеров.

Любые сексуальные тренажеры, особенно шарики, являются лучшим средством для тренировки мышц влагалища. Они помогают не просто укрепить их, но и добиться их развития. С помощью таких тренажеров женщина получает возможность научиться управлять вагинальными мышцами. Достичь такого эффекта при помощи простых комплексов упражнений не всегда возможно.

На сегодняшний день сексуальная индустрия предлагает широкий выбор разнообразных стимуляторов. К стимуляторам, развивающим вагинальные мышцы, относятся все виды яиц, форма которых может варьироваться от стандартной яйцеобразной до удлиненной, а также различные шарики (как со смещенным центром тяжести, так и без такового). Тренажер может быть также оснащен устройством, создающим вибрацию. Материалы, из которых изготовлены тренажеры, также очень разнообразны. Это может быть металл, пластик, латекс, тренажер может быть запаян в кибер-силиконовую оболочку или обладать множеством выступов.

Но наиболее эффективными считаются маленькие тяжелые металлические шарики с гладкой поверхностью. Чтобы удержать такой шарик во влагалище, женщине придется потрудиться.

Как проводить тренировку?

1. Как правильно выбрать тренажер?

При выборе шарика, подходящего именно вам, следует руководствоваться определенными принципами. Если вы никогда не занимались подобными тренировками, ваши вагинальные мышцы ослаблены, вы уже пережили роды, для начала тренировок вам следует выбрать достаточно крупное изделие, возможно с шершавой поверхностью. Это поможет удержать шарик внутри себя. На первом этапе вы научитесь просто сжимать и разжимать мышцы и контролировать их действия. Если ваши мышцы достаточно развиты или вы уже занимались их тренировкой, лучше выбрать тренажер поменьше и с гладкой поверхностью. Чем тяжелее тренажер, тем эффективнее будет тренировка.

2. Как ввести тренажер во влагалище?

Все упражнения с использованием шариков и яиц проводятся в положении стоя. Вам необходимо расслабиться и ввести тренажер во влагалище. Перед использованием лучше обработать его смазкой. Это поможет вам избежать дискомфорта, связанного с сухостью стенок влагалища и увеличит эффективность тренировки. Если вы выбрали яйцеобразный тренажер, помните, что вводить его необходимо широкой стороной внутрь. Выполнять упражнения нужно стоя прямо, вытянув руки перед собой или, если вам это покажется неудобным, положив их на пояс.

3. Какие упражнения следует выполнять и в каком порядке?

Теперь попытайтесь напрячь мышцы и обхватить ими шарик, постарайтесь почувствовать его, какой он формы, какого размера. Прислушайтесь к своим ощущениям.

Мысленно разделите влагалище на три части. Нижняя часть – мышцы, закрывающие вход во влагалище. Это первая и самая простая часть упражнения, поскольку эти мышцы обычно наиболее развиты. Средняя часть – мышцы самого влагалища. Это ваша вторая цель. Здесь нужно добиться возможности различать каждое движение этих мышц, контролировать их и заставлять двигаться так, как вы этого хотите. И третий – самый верхний отдел влагалища, непосредственно там, где находится шейка матки. Научиться управлять им непросто, но когда вы сможете задействовать все три отдела, вы легко сможете манипулировать ими во время занятий любовью, что произведет неизгладимое впечатление на любого партнера.

Итак, вы ввели ваш тренажер. Теперь вам необходимо удержать его внутри себя. Для этого напрягите мышцы первого отдела, как бы заблокировав выход. Почувствуйте шарик. Теперь сделайте глубокий вдох и сократите мышцы второго отдела, обхватив тренажер. Когда это легко получится, попробуйте научиться передвигать шарик вверх-вниз и из стороны в сторону. Научитесь сжимать-разжимать шарик с различной силой. Теперь почувствуйте и сократите третий отдел. Попробуйте, удерживая тренажер нижним отделом, выталкивать его верхним.

Вообще в данном случае вы можете полностью положиться на свои ощущения и придумывать любые упражнения для развития вагинальных мышц. Но не стоит при этом забывать то, что все время держать мышцы в напряженном состоянии не столь эффективно, как чередовать их сжатие с расслаблением, поскольку мышечные волокна укрепляются именно во время отдыха. Тренировать мышцы лучше всего ежедневно, особенно на первых порах, когда вы лишь пытаетесь придать им тонус.

Научившись легко манипулировать вашим тренажером, вы можете усовершенствовать свое умение, начав использовать тренажер меньшего размера, более тяжелый или более гладкий. Можно также вводить одновременно два шарика и учиться сталкивать их друг с другом.

Проводить подобные тренировки не только полезно, но и приятно. Не пугайтесь, если вдруг при выполнении упражнений вас начнут посещать эротические фантазии или неожиданно наступит оргазм. Это только поможет в достижении цели. А может быть, вы захотите, чтобы и ваш партнер был осведомлен о тренировках? Скорее всего, его это заинтригует. А может быть, вы захотите его присутствия? Вполне вероятно, что ему это доставит удовольствие.

В заключение приводим 10 главных правил известного датского сексолога П. Хертофа, которые выглядят следующим образом.

1. Человек сам отвечает за то, что он делает в своей совместной жизни с партнером.
2. Свои желания нужно формулировать в ясной и положительной форме, а не в виде вопросов.
3. На желания партнера нужно отвечать определенно: да или нет.
4. Если возникают расхождения, их нужно разрешать конструктивно, не обижая друг друга.

5. В любовных ласках надо делать то, что тебе самому хочется, но учитывать при этом реакцию партнера.

6. «Активные» и «пассивные» роли должны чередоваться.

7. Внимание не должно сосредотачиваться только на гениталиях.

8. Сексуальное наслаждение и оргазм – не одно и то же, оргазм – только часть интимной близости.

9. Сексуальное соединение самоценно и не нуждается ни в каком оправдании.

10. Сексуальность свободна, человек не должен себя насиловать.

Практические советы, которые предлагает американский сексолог Джэнет Шибли Хайд.

1. Объясняйтесь с партнером, не ждите, пока он сам угадает ваши желания.

2. Не будьте зрителем, участвуйте в сексуальной игре.

3. Не ставьте перед собой целей сексуального исполнения, не гонитесь за количеством, здесь важен не результат, а процесс.

4. Выбирайте обстановку для интимной близости, не занимайтесь любовью в спешке кое-где и кое-как.

5. Не бойтесь неудач, они бывают в любой деятельности, не давайте им разрушить ваши любовные отношения.

ГЛАВА 4

СЕКСУАЛЬНАЯ ДИСГАРМОНИЯ СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЫ

Отношение общества к проблемам секса, интимным взаимоотношениям мужчин и женщин к настоящему времени стало значительно терпимее, чем даже несколько десятилетий тому назад. Все более ровным становится отношение к нетрадиционной половой ориентации (так называемым сексуальным меньшинствам), связям до свадьбы, внебрачным беременностям, к позднему образованию семей, а также к людям, не нашедшим своего спутника жизни. Терпимы стали мы и к сексуальным извращениям. С течением времени трансформировались понятия женственности и мужественности. Со времени наступления патриархата (V–VI вв. н. э.) женщине была отведена роль существа мягкого, нежного, заботливого, сосредоточенного на семье и детях, зависимого от мужа и потому не имеющего значительных прав, а то и вовсе бесправного. Но сейчас все по-другому. В настоящее время вследствие борьбы ранее слабого пола за свои права он демонстрирует все качества, присущие мужчинам, – активность, умение вести дела, социально-политически направленную деятельность. Следует отметить, что во многих традиционно мужских областях часто женщины показывают себя значительно лучше мужчин.

Современный мужчина, сохранив за собой такие отрицательные черты, как сила, резкость, односторонность подхода к женщине, избыточная грубость поведения и эмоций, демонстрирует смягченные их проявления и незначительную феминизацию, т. е. женоподобность. При выполнении своих обязанностей в современном правовом обществе старые качества, обеспечивавшие господство в патриархальном обществе, стали психологическим балластом. При выполнении социальных и семейных обязанностей сейчас необходимо умение не конфликтовать в коллективе, а отыскивать точки соприкосновения. Главным качеством для выживания в современном обществе стало умение сотрудничать.

А старый образ истинного мужчины ценится главным образом среди юношей или людей определенного круга и воспитания.

Вместе с изменением в вопросах нравов трансформируется роль и главная идея семейных отношений. Являвшаяся на протяжении столетий замкнутой системой, живущей на самообеспечении, семья обладала внутренними негибкими, передающимися через поколения традициями. Человек, воспринимающий себя частью стаи, семьи, общины, воспитанный не как личность вне свободного мышления, лишен социальной гибкости.

В ценностях семьи, состоящей в настоящее время не более чем из пары поколений, главными являются интимность и дружелюбность супружеских отношений, отношений между отцами и детьми. Семья, избавившись от функции небольшого производительного сообщества с жесткими внутренними правилами, стала островком спокойствия, отдохновения и личной психической релаксации. Но любовь – чувство изменчивое, в отличие от чувства долга перед членами семьи. Поэтому в современной семье вероятность ухудшения прочности брачных уз и их распад при отсутствии любовных чувств запланирован, чего не могло и быть всего 200 лет назад. За ростом продолжительности и качества жизни следуют рост возможного брачного стажа и срок испытания любовных отношений на прочность.

В отношении современной семейной жизни существуют данные, что от 20 до 50 % супружеских отношений заканчиваются разводом в течение года с момента бракосочетания, но они недостоверно отражают реальное положение дел – распадаются не только браки первого года, но и браки, средняя продолжительность которых подчас на момент развода составляет 10–12 лет. По данным социологической статистики более 70 % разводов происходит из-за сексуальной дисгармонии супружеских отношений. Именно сексуальную неудовлетворенность как

причину развода указывают около 12 % мужчин и 14 % женщин. Показательно, что 30–40 лет назад на сексуальную неудовлетворенность мужчины ссылались в 10 % бракоразводных процессов, в то время как женщины лишь в 4,3 %. Данные статистики демонстрируют коренное изменение отношения слабого пола к браку в сторону повышения требований к партнеру, а возможно, и большую свободу женщины высказывать свои чувства и желания. Не совсем правильно было бы полагать, что большинство мужчин внезапно перестали удовлетворять супруг в интимном плане (скорее всего это и раньше им не удавалось) «сексуальное образование» мужского пола сильно отягощено стереотипами. Также сведение семейных отношений к половому акту является грубым сексологическим просчетом. Сексуальные отношения супругов являются «точкой правды» семейных отношений – в них фокусируются все внесексуальные взаимоотношения партнеров. Отсутствие глубокого, душевного родства характеров и их обладателей – это главная причина отсутствия интимной близости в семейных отношениях, а не несходство характеров, отсутствие общих интересов, как заявлено в более чем в 40 % бракоразводных дел.

В браке есть три общепризнанных кита – любовь, дети и общие интересы. На сегодняшний день третий кит с самого начала играет не такую значительную роль, как раньше. Отсутствие второго кита (статистически бесплодна каждая 5-6-я пара супругов) может резко ухудшить и без того нестабильные внутрисемейные взаимоотношения. А весьма личностное понимание идеи любви, нередкое отсутствие всякого сексуального воспитания и частое отождествление брачных отношений со страстной влюбленностью делают первого кита весьма уязвимым.

Нередко в наше время имеет место вынужденное существование брака по материальным причинам, по зависимости от общественного мнения, из-за чувства долга к мужу и детям. Все это неизбежно неблагоприятно сказывается на сексуальной семейной жизни. Это разрушает тот личный островок спокойствия и релаксации, который ищет человек в семье, провоцируя напряженность в отношениях и конфликты. Из-за этого повышается уязвимость физического и психического здоровья по отношению к неблагоприятным социальным и природным воздействиям.

Состоящие в браке люди часто предъявляют жалобу на сексуальную дисгармонию. Она приводит не только к неустойчивому состоянию психики, но и является причиной развития застойных и воспалительных процессов в половых органах, приводит к бесплодию, учащению возникновений заболеваний матки, к возникновению неврозов (а это 70 % женских и мужских неврозов), обострению или развитию психических заболеваний, расстройству эрекции и эякуляции и женской фригидности и аноргазмии. Неблагоприятная семейная половая жизнь вызывает снижение работоспособности (до 50 % от исходной), повышает число преступлений и самоубийств на сексуальной почве. Так что сексуальная неудовлетворенность является серьезной проблемой и требует тщательного изучения и лечения.

УСЛОВИЯ РАЗВИТИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСГАРМОНИИ И ЕЕ КЛАССИФИКАЦИЯ

Вариабельность и разнообразие причин и условий развития сексуальной дисгармонии супружеской пары определяют особенности ее течения и проявления. Они легли в основу разработанной Д. Л. Буртянским и В. В. Кришталем классификации сексуальной дисгармонии супружеской пары, подразделяющей ее на следующие пять вариантов, таких как:

- 1) социально-психологическая дезадаптация супругов;
- 2) сексуально-поведенческая дезадаптация супругов;
- 3) дезинформационно-оценочный вариант сексуальной дисгармонии;
- 4) сексуальная дисгармония вследствие расстройства мужской потенции;
- 5) сексуальная дисгармония вследствие расстройства сексуальной функции у женщины.

Клиническое отграничение и дифференциальная диагностика различных вариантов сексуальной дисгармонии важны для выбора наиболее рациональных методов ее коррекции и предупреждения рецидивов. В связи с этим перейдем к рассмотрению причин и условий развития, а также особенностей проявления и течения отдельных вариантов сексуальной дисгармонии супружеской пары.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОТДЕЛЬНЫХ ВИДОВ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСГАРМОНИИ СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЫ

Социально-психологическая дезадаптация супругов

Изучение причин и условий развития данного варианта сексуальной дисгармонии показало, что у подавляющего большинства супружеских пар в ее основе лежит нарушение их межличностных связей. Такие люди склонны к негативным эмоциональным реакциям по отношению друг к другу.

Наиболее частыми причинами социально-психологической дезадаптации супружеской пары являются:

- 1) отсутствие взаимных чувств любви и уважения;
- 2) наличие черт характера одного из супругов, негативно воспринимаемых другим;
- 3) несоответствие взглядов, интересов, морально-этических и эстетических установок;
- 4) несоответствие ролевого поведения в семье и направленности личностных тенденций каждого из супругов;

5) отрицательное восприятие супруга (-и) как мужа (жены, отца), матери, мужчины (женщины, хозяйина) хозяйки и т. д.

В некоторых случаях причиной низкого уровня социально-психологической адаптации супругов является несоответствие материально-бытового состояния семьи запросам каждого из них.

Таким образом, общим механизмом развития сексуальной дисгармонии супружеской пары при социально-психологической адаптации является нарушение межличностных отношений.

Развитие данного варианта сексуальной дисгармонии бывает, как правило, постепенным. Наиболее характерным ее проявлением является снижение либидо (т. е. сексуального влечения) и эрекции у мужчин или снижение либидо и отсутствие оргазма у женщин. Реже отмечается изолированное снижение либидо, эрекции или эякуляции у мужчин и оргазма у женщин. Необходимо отметить, что сексуальное расстройство в таких случаях носит относительный характер и проявляется только по отношению к супругу или супруге. Иногда сексуальная дисгармония не развивается, несмотря на низкий уровень социально-психологической адаптации супружеской пары.

В результате социально-психологической дезадаптации супругов могут наблюдаться псевдоимпотенция и псевдофригидность, которые приводят к снижению половой активности и сопровождаются у мужчин ослаблением либидо и эрекции, а у женщин – полным отсутствием сексуального влечения и снижением качества оргазма. В этих случаях данные, получаемые при тестировании по вопроснику «Сексуальная функция мужчин», показывают снижение настроения перед половым сношением, ослабление половой предприимчивости мужчины и снижение эрекции. Показатели вопросника «Сексуальная функция женщин» свидетельствуют об отрицательном отношении к половой активности мужа, об отсутствии оргазма и снижении настроения после сношения. При анализе выявляется нарушение отношений в семье, можно сказать, что бытовые проблемы погашают страсть, что и предопределяет в конечном итоге возникновение сексуальной дисгармонии.

Что касается физиологического компонента, при рассматриваемом варианте сексуальной дисгармонии супружеской пары все с этой точки зрения в норме. В то же время психическая составляющая физиологического компонента оказывается ослабленной у обоих супругов вследствие постоянных расстройств с эмоциональными стрессами и взаимным недовольством.

Психологические исследования супружеских пар с сексуальной дисгармонией показывают, что у супругов часто встречаются такие черты характера, как:

- 1) деспотичность;
- 2) самовлюбленность;
- 3) жестокость;
- 4) негативизм;
- 5) тревожная мнительность;
- 6) зависимость;
- 7) эффективная неустойчивость;
- 8) пассивная подчиняемость;
- 9) жертвенность (довольно часто встречается в настоящее время);
- 10) патологическая замкнутость.

Отмечается известная зависимость: чем моложе супружеские пары, чем меньше их жизненный и супружеский опыт, тем чаще у них встречается психологическая дезадаптация.

Социально-психологическая дезадаптация чаще встречается у лиц с высоким образовательным индексом, т. е. окончивших вуз и работающих по профессиям, связанным со значительной нагрузкой мыслительного контура сознания. В многодетных семьях социально-психологическая дезадаптация супругов наблюдается крайне редко, но чаще встречается в условиях совместного проживания супругов с их родителями или с другими родственниками.

У супругов с сексуальной дисгармонией, обусловленной социально-психологической дезадаптацией, как правило, наблюдаются различные формы неврозов, в основе которых лежит постоянно возникающая конфликтная ситуация в семье (не сексуального плана). На выраженность этих неврозов влияют степень актуальности для супругов сексуальной дисгармонии, их личностные особенности.

Системно-структурный анализ наиболее частых случаев развития дисгармонии показывает, что в ее основе лежит нарушение социально-психологического компонента сексуальной гармонии. Это возникает вследствие наличия у одного из супругов черт характера, неприемлемых другим супругом и вызывающих у него выраженную негативную реакцию, что является причиной ослабления сексуального влечения.

Сексуально-поведенческая дезадаптация супругов

Сексуальная дисгармония может развиваться вследствие несоответствия партнеров друг другу, отсутствия оптимизации техники секса по отношению к данному партнеру и условий проведения полового акта. Сексуальные отклонения у супругов при этом обычно носят относительный характер.

Развитие данного варианта сексуальной дисгармонии может быть обусловлено такими причинами и условиями, как:

- 1) отсутствие подходящих для возбуждения данного человека действий в предварительном периоде полового акта;
- 2) несоответствие выбора позы при половом акте варианту, наиболее усиливающему сексуальное возбуждение;
- 3) отсутствие действий, которые необходимы для получения оргазма у данного партнера;

4) наличие форм полового поведения одного из супругов, не соответствующих ожидаемой или желаемой модели. В медицине эта проблема называется термином «экспектация». Развитие сексуальной дисгармонии в результате сексуально-

поведенческой дезадаптации, как правило, начинается с первых же половых актов. При данном варианте сексуальной дисгармонии у мужчин вначале чаще всего наблюдаются снижение эрекции и преждевременное семяизвержение, которые могут носить изолированный характер или сочетаться друг с другом. В последующем в связи с имеющим место фиаско происходят снижение половой активности, «боязнь оплошать», развивается снижение сексуального влечения и притупляется оргазм.

У женщин при сексуально-поведенческой адаптации супружеской пары чаще всего развивается снижение сексуальной чувствительности, пропадает оргазм, а уж затем происходит и снижение либидо вплоть до полного отсутствия сексуального влечения.

Как у мужчин, так и у женщин с сильной половой конституцией дезадаптация полового поведения может не приводить к развитию у них расстройств сексуальной функции в течение продолжительного времени. Вместе с тем отсутствие оптимального уровня полового поведения способствует возникновению дискомфорта у одного или обоих супругов, что изменяет их отношение к половой жизни и приводит к появлению неврозов.

Состояние сексуальной функции мужчин в указанных выше случаях характеризуется (по вопроснику СФМ) снижением настроения перед сношением, снижением половой фантазии, ослаблением эрекции или преждевременным семяизвержением, а также снижением настроения после полового сношения. У женщин показатели СФЖ характеризуются отрицательным отношением к половой активности мужа, отсутствием оргазма и снижением настроения после полового сношения.

Системно-структурный анализ сексуальной гармонии чаще всего обнаруживает изолированное ослабление сексуально-поведенческого компонента. Социально-психологический и физиологический компоненты сексуальной гармонии в подобных случаях, как правило, остаются. Психологическое исследование показывает, что в подобных случаях один или оба супруга обнаруживают черты эгоизма, эгоцентризма, деспотичности, самовлюбленности, пассивной подчиняемости.

Как и у супружеских пар с социально-психологической дезадаптацией, при рассматриваемой форме наблюдается обратно пропорциональная зависимость частоты сексуальных расстройств от возраста, жизненного и супружеского опыта, а также общего культурного уровня.

Факторами, вызывающими развитие сексуально-поведенческой дезадаптации супругов, являются такие особенности их личности, как инфантильность, патологическая замкнутость, тревожная мнительность.

Системно-структурный анализ наиболее часто встречающихся случаев сексуальной дисгармонии показал, что в ее основе лежит нарушение сексуально-поведенческого компонента сексуальной гармонии вследствие дезадаптации полового поведения.

Дезинформационно-оценочный вариант сексуальной дисгармонии

Развитие сексуальной дисгармонии супругов может быть также обусловлено отсутствием у них достаточных знаний и правильных представлений о норме, физиологических колебаниях, патологии сексуальной функции. Она может также явиться следствием недостаточной подготовки молодых супругов к семейной жизни и отсутствия у них сексуального опыта, что нередко приводит к неправильной интерпретации супругами своих сексуальных проявлений. Этому подчас способствует психологическое воздействие, исходящее от окружающих лиц и случайных источников, мнения и советы которых могут способствовать формированию неправильных психологических установок и поведенческих тенденций у недостаточно опытных лиц.

В определенных условиях они вызывают мысль о наличии надуманных изъязнов и предъявление к себе неадекватных требований, что грозит возникновением серьезных комплексов.

Развитие указанного варианта чаще всего носит подострый, говоря медицинским языком, характер, т. е. протекает медленно и подчас незаметно. В этом случае расстройств сексуальной функции в собственном смысле этого слова не наблюдается. Вместе с тем происходят ослабление и даже утрата психосексуальной удовлетворенности. Развивавшиеся в связи с этим явления сексуальной дисгармонии обусловлены возникающими в таких случаях псевдоимпотенцией и псевдофригидностью.

Состояние сексуальной функции у мужчин и женщин (по данным вопросника СФМ и СФЖ) при рассматриваемом варианте сексуальной дисгармонии как у мужчин, так и у женщин характеризуется лишь снижением настроения до полового сношения и после него. Что же касается других показателей сексуальной функции (либидо, эрекции, продолжительности полового акта, оргазма и половой активности у мужчин, а также либидо, сексуальных ощущений, оргазма и половой активности у женщин), то они, как правило, соответствуют половой конституции и возрастным критериям супругов.

Системно-структурный анализ сексуальной гармонии у этого контингента лиц выявляет наличие у них первичного поражения информационно-оценочного компонента сексуальной гармонии при сохранности социально-психологического, сексуально-поведенческого и физиологических компонентов.

Психологические исследования супругов с дезинформационно-оценочным вариантом сексуальной дисгармонии выявляют у них наличие признаков повышенной внушаемости. Их социологическая характеристика свидетельствует о наличии зависимости между частотой дезинформационно-оценочного варианта сексуальной дисгармонии и уровнем общей культуры супругов, их возрастом и жизненным опытом.

Клинический опыт свидетельствует о том, что данный вариант наблюдается преимущественно у лиц с признаками психического инфантилизма, а также у лиц с чертами тревожной мнительности и патологической замкнутости, он же сопутствует развитию различных неврозов, проявления которых в значительной мере обусловлены особенностями каждого из супругов.

Системно-структурный анализ наиболее частых случаев дисгармонии показал, что в ее основе лежит нарушение информационно-оценочного компонента сексуальной гармонии вследствие отсутствия правильных представлений о норме и физиологических колебаниях половой функции, а также неправильной интерпретации своих сексуальных проявлений. Социально-психологический, сексуально-поведенческий и физиологический компоненты сексуальной гармонии сохранены.

Сексуальная дисгармония вследствие расстройств сексуальной функции у одного из супругов

Развитие сексуальной дисгармонии супружеской пары, помимо прочих причин, может быть также следствием расстройства сексуальной функции у мужа или жены.

В диагностической и лечебной практике наиболее часто приходится встречаться с расстройствами мужской потенции и проявлениями фригидности.

Как убеждает опыт, они приводят не только к нарушениям гармонии супружеских отношений и развитию неврозов у одного или обоих супругов, а также (в силу парности этой функции) к возникновению сексуальных отклонений у другого супруга. В данном случае определенную роль в развитии сексуальной дисгармонии играют половая конституция и личностные особенности каждого из супругов. В таких случаях вторичные невротические реакции могут оказывать отрицательное воздействие на половую функцию, замыкая таким образом порочный круг факторов, усугубляющих имеющееся половое расстройство.

Будучи весьма актуальным для супружеской пары, нарушение половой гармонии сопровождается личностными реакциями супругов на возникшую ситуацию.

Сексуальная дисгармония вследствие расстройства мужской потенции

Развитие сексуальной дисгармонии супружеской пары при расстройстве мужской потенции в зависимости от его формы бывает обусловлено слабостью эрекции, преждевременным семяизвержением и снижением половой активности мужчины.

Следует отметить, что реакция женщины на половую слабость мужа обнаруживает лишь относительную зависимость от формы первичного снижения потенции. Реакция женщины на вторичные расстройства мужской потенции часто носит избирательный характер. Многие женщины, например, значительно тяжелее реагируют на половую слабость мужей вследствие злоупотребления алкогольными напитками и в то же время меньше реагируют на расстройства мужской потенции в связи с какими-либо заболеваниями.

В целом непосредственными причинами развития сексуальной дисгармонии в связи с расстройством мужской потенции являются не столько его причина и форма, сколько характер имеющегося сексуального расстройства мужа (качество эрекции, продолжительность полового акта, половая активность), а также конституция жены, ее типологические особенности, значимость для нее половой жизни и уровень психологической адаптации супругов.

Наиболее характерным проявлением сексуальных отклонений у женщин в связи с расстройством потенции у мужа является отсутствие оргазма, к чему впоследствии присоединяются снижение, а затем и полное отсутствие либидо и снижение сексуальной чувствительности.

При описываемом варианте у женщин нередко наблюдается развитие псевдофригидности, которая впоследствии у некоторых из них при неблагоприятной ситуации может трансформироваться в истинную фригидность или в ситуационный невроз с явлениями вторичной фригидности.

Системно-структурный анализ возникшей в подобных случаях сексуальной дисгармонии супружеской пары выявляет у них поражения физиологического компонента сексуальной гармонии, которое нередко приводит к последующему ослаблению сексуально-поведенческого компонента.

Данные исследования по вопроснику СФМ в этих случаях свидетельствуют о снижении эрекции и длительности полового сношения, что приводит к уменьшению частоты половых отправок, снижению настроения перед сношением и после него. Показатели СФЖ чаще всего свидетельствуют об отрицательном отношении к половой активности, отсутствии оргазма, понижении настроения после сношения и возникновении ощущения неотреагированного, долго не исчезающего полового возбуждения.

Следует отметить известные закономерности, наблюдающиеся у мужчин с расстройствами половой потенции:

1) чем они моложе, чем меньше их супружеский опыт, тем чаще у них встречается первичное расстройство потенции;

2) в среднем возрасте чаще встречается дисрегуляторная (из-за нарушений регуляции вследствие нарушения гормонального фона);

3) в пожилом возрасте имеет место абстинентная потенция (вследствие долгого перерыва между половыми сношениями). Социально-психологические исследования супружеских пар показывают, что первичное расстройство потенции чаще всего встречается в условиях совместного проживания супругов с их родителями или с другими родственниками, а также при наличии у мужчин черт тревожно-мнительного неустойчивого характера. У одного или обоих супругов при варианте сексуальной дисгармонии, обусловленной расстройством половой потенции у мужа, весьма часто наблюдаются те или иные формы неврозов. Их выражен-

ность и формы проявлений находятся в связи с типологическими особенностями каждого из супругов и значимостью для них нарушений сексуальной гармонии.

Сексуальная дисгармония вследствие расстройства сексуальной функции у женщин

Сексуальная дисгармония супружеской пары может быть обусловлена сексуальными расстройствами у женщин: фригидностью, вагинизмом и наличием болей в области гениталий. Развитие сексуальной дисгармонии супружеской пары вследствие фригидности может быть обусловлено снижением либидо, сексуальной чувствительности и отсутствием оргазма у женщин, что часто приводит к ее негативному отношению к половой жизни. Следует отметить, что развитие сексуальной дисгармонии при вагинизме и болях в области гениталий обусловлено невозможностью нормальной половой жизни вследствие болезненных спазмов мускулатуры влагалища, тазового дна, бедер и брюшной стенки или различных болевых ощущений в области половых органов женщины при попытке совершить половой акт.

Следует учитывать, что реакция мужа на половую холодность жены обнаруживает определенную зависимость от типа его половой конституции, значимости для него половой жизни и его особенностей. Наиболее характерными проявлениями фригидности у большинства женщин являются полное отсутствие сексуального влечения и снижение сексуальной чувствительности. Это приводит к снижению половой активности и нарушению эрекции у значительной части их супругов. В силу неправильной интерпретации указанных явлений у ряда мужчин в таких случаях развивается псевдоимпотенция, которая впоследствии при неблагоприятных условиях может трансформироваться в истинную форму расстройства потенции или ситуационный невроз с вторичной половой слабостью.

Системно-структурный анализ сексуальной гармонии в рассматриваемых случаях выявляет наличие ослабления ее физиологического компонента, которое зависит от причин развития фригидности. Ослабление физиологического компонента сексуальной гармонии приводит к ослаблению сексуально-поведенческого компонента, что усугубляет сексуальную дисгармонию.

Данные вопросника СФЖ в рассматриваемых случаях указывают на отсутствие оргазма, изменение отношения к половой активности, ухудшение самочувствия и настроения после полового акта. Показатели СФМ свидетельствуют о снижении половой предприимчивости и настроения перед сношением и после него, что может приводить к ослаблению эрекции.

Как и у мужчин при расстройствах половой потенции, у женщин с различными формами фригидности наблюдается известная зависимость частоты развития той или иной формы фригидности от возраста и жизненного опыта. Истинная форма фригидности чаще встречается в молодом возрасте, при небольшом супружеском опыте, дисрегуляторная форма – в среднем возрасте, абстинентная (т. е. фригидность, возникающая из-за редких половых контактов) – в пожилом.

Психологические исследования свидетельствуют о том, что у женщин с чертами тревожной мнительности и истеричным характером развитие истинной формы фригидности наблюдается чаще.

Возникновение невротических реакций у одного или обоих супругов при рассматриваемом варианте сексуальной дисгармонии зависит от тех же факторов, что и при варианте сексуальной дисгармонии вследствие расстройств мужской потенции.

МЕХАНИЗМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСГАРМОНИИ СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЫ

Лидирующей концепцией сексологии, базой для выяснения основ механизма возникновения и развития, диагностики и терапии в сексологии современности служит концепция партнерства. Используя основные положения концепции взаимодействия, она делает логический вывод, что мужчина и женщина в брачных отношениях являют собой замкнутую систему, или кластер. В нем, исходя из принципов взаимодействия, в динамике развивается, т. е. нарастает или исчезает, сексуальная дисгармония. В силу этого обоих партнеров, т. е. одновременно и мужчину, и женщину, надо видеть не в отдельности, а как целостного пациента или единицу (личность), у которого важно лечить не отдельные «части тела» (мужчину и женщину), а лечить его следует целиком, окончательно и в подходящих условиях. Это, в частности, главная отличительная черта сексологии и сексопатологии от других медицинских дисциплин.

Важнейшим и наиболее значимым фактором у взаимодействующих половых партнеров является процесс обмена информацией между собой, что происходит двумя путями: во-первых, вербальным, т. е. речевым (содержание, структура, интонация речи), во-вторых, невербальным – тактильным, обонятельным, визуальным и другими (мимикой, жестикуляцией, движениями). Вербальное общение при контактах вне сексуальных отношений правильнее рассматривать как базу общения, но в сексуальных контактах основным путем обмена информацией является невербальное взаимодействие. Огромную роль в правильном развитии сексуальных отношений играет величина согласованности между двумя системами обмена – вербальной и невербальной. Вербальные заявления, не связанные с соответствующими невербальными действиями, могут обусловить обратное неадекватное реагирование и, таким образом, не вызвать предполагаемой реакции у партнера, что является прямым следствием неадекватной невербальной сигнализации. Как говорится, слова, не подкрепленные действиями, не имеют большого значения.

При анализе взаимодействия партнеров необходимо учитывать тип личности партнера (его установки и поведение), на тип расстройства и обстоятельства, ему сопутствующие, поскольку они влияют на динамику межличностных процессов внутри пары. Взаимодействие партнеров обычно происходит в определенных материальных и социальных условиях (есть набор норм, образов и социальных ценностей, принятых обществом и выполняющих регуляторные функции в межличностных взаимоотношениях, а также объективные духовные и материальные проблемы, стоящие перед партнерами).

Социальные роли партнеров имеют значительное влияние на динамику взаимодействия. Они способны показывать индивидуальные особенности человека или (при механически-стереотипическом выполнении) формальны (в этом случае было бы правильнее рассматривать их не как индивидуальные факторы, а как факторы социальные, влияющие на динамику взаимодействия через определенного человека).

Личностная сторона взаимодействия между людьми, психологические принципы адаптации и формы адаптации партнеров друг к другу складываются в соответствии с конкретными закономерностями. Личностная сторона межличностного взаимодействия является суммой оценки индивидуальности партнера, взаимных ожиданий партнеров, чувственных установок в отношении партнера, предоставления необходимых уступок от партнера и возникающих взаимных чувств. Определенное поведение партнера подвергается оцениванию сквозь призму личного ожидания, желания, требования. Сумма вышеперечисленных факторов задает степень приемлемости действий партнера и уровень удовлетворения, получаемого как следствие активности партнера. Во множестве психологических принципов адаптации в первую очередь необходимо выделить такие, как выравнивание эмоциональных условий, привлекательность уста-

новок, замедление реакций. Чувственная установка в отношении партнера должна быть четким показателем привлекательности, благосклонности его отношения или осуждения, а также его чувственной установки. Все это составляет эмоциональную установку по отношению к партнеру. Особенно важной является концентрация внимания на чувственную установку партнера по отношению к себе.

Базовым принципом, который является созидающим фактором продуктивного партнерского союза, нам представляется точное знание потребностей и ожиданий друг друга, вызывающее желание максимально их выполнить. В подобном партнерском союзе появляется особое явление, характерное для любых творческих актов: человек обогащается тем, что создает для другого человека.

Психосексуальные расстройства в наиболее часто являются парными и имеют проявления в рамках партнерства между мужчиной и женщиной. Данные расстройства показывают нарушения и извращения в конкретном человеческом союзе. Характерная черта этих нарушений состоит в их появлении в определенном союзе, и исходя из предыдущего положения они не имеют проявлений в случае, если каждый партнер этого союза пробует оформить партнерство, пару с другим человеком не своего пола. В случае если новый человеческий союз будет более удачным и имеет место благоприятное межиндивидуальное взаимодействие, то извращения, осложнявшие существование прежнего партнерства, могут вообще отсутствовать или иметь значительно более слабое выражение.

Удачное партнерство находится в прямой зависимости от правильности выбора противоположного партнера. В этом контексте стоит отметить, что речь идет не столько о совпадении конституции внешних органов половой системы (однако и в этом отношении могут иметь место отклонения, связанные с нарушением техники полового акта и последующими проявлениями в виде неврозов). Первостепенно психическое, а точнее, чувственное совпадение индивидуальностей, имеющее связь с общим восприятием второго члена союза и внутренней эмоциональной окраской сексуального чувства (всего объединения психических и физических импульсов, имеющих отношение к взаимной сексуальной жизни). Дисгармония в психическом взаимодействии дает отрицательную оценку «тенденции переживания» полового акта. Данный стиль является суммой действия, слов, мимики, уровня и силы выражения эмоций и чувств и качества эротически-сексуального возбуждения, определяющей характер действий в момент совершения полового акта. Отсутствие сексуальной гармонии приводит к тому, что действия и чувства партнера, в норме обладающие сильным сексуально-эротическим возбуждающим действием на партнера противоположного пола, начинают проявлять в отношении конкретного человека качества эротического тормоза.

При этом у партнера будут отмечены такие тенденции, как:

- 1) снижение или исчезновение необходимости и желания вступать в интимные отношения с партнером;
- 2) снижение напряженности эмоционально-психической составляющей полового сношения, что, как правило, приводит к снижению эрекционно-эякуляторной функции, а также к ги-по– или даже аноргазмии;
- 3) снижение интенсивности действий, уменьшение количества вариантов полового сношения и монотонизирование половой жизни (падение силы эрекции или ее отсутствие, уменьшение количества секрета в области преддверия влагалища или полное его отсутствие).

Необходимо обратить пристальное внимание на тот факт, что партнерство относится к динамичному типу межчеловеческих отношений, оно имеет свои тенденции развития. Это означает, что взаимообмен позитивными или негативными влияниями между партнерами с течением времени также претерпевает изменения, выражающиеся в изменении числа активизирующих и тормозящих влияний, передаваемых партнерами друг другу.

Значительную роль в человеческом союзе имеют доверие, цементирующее чувства партнеров друг к другу, и уверенность во взаимности. Особенность психосексуальных расстройств максимально достоверно выражается в том, что даже при положительном психическом совпадении индивидуальностей партнеров, проявляющемся полной достоверностью признания человека в качестве совершенного сексуального партнера, имеет место появление дисгармонии из-за недостаточного опыта в сексуальной жизни у одного из членов союза или имеющегося основное «наслаивание» негативного опыта прежних сексуальных отношений, что в состоянии немного модифицировать течение полового сношения у каждого партнера. Сочетанное взаимодействие подобных затруднений может привести к полной невозможности половых актов, что в дальнейшем может являться этиологической причиной разнообразных вторичных невротических реакций.

Эрекция в данном случае не всегда удовлетворительна в достаточной степени, но, однако, это не исключает для мужчины возможность произвести половое сношение. Однако при встрече такого мужчины с партнершей, имеющей проблемы при половом акте (при целостности девственной плевы, предрасположенности к судорожным сокращениям влагалищных мышц – вагинизме, гипооргазмии и др.), выраженными не в такой степени, чтобы исключить саму возможность полового акта, тем не менее, несмотря на наличие физической возможности, половой акт между ними не может состояться в силу высоких психологических барьеров. Первая неудачная попытка тянет за собой дополнительные тормозящие реакции, т. е. появляется добавочный тормоз, усугубляющий интимные психические негативные процессы, имеющие место у обоих партнеров. В случае если подобное состояние имеет место в течение длительного промежутка времени, психосексуальные травмы как отражение неудачных попыток проведения полового сношения постоянно увеличивают напряженность и непонимание между партнерами и боязнь новых проблем, что приводит к появлению неврозов на сексуальной почве, почти целиком исключающих продолжение половых актов между партнерами. Можно сделать вывод: действительный повод появления и динамического изменения психического состояния на сексуальной почве дают сами партнерские отношения.

Мужчина с указанными сексуальными проблемами смог бы составить партнерские отношения с более опытной в вопросах секса, не испытывающей затруднений в половом акте женщиной в партнерской паре. Но при этом вне зависимости от имеющих место у подобного мужчины психологических барьеров, накладывающихся негативных переживаний прежних проблем и отсутствия сексуального опыта, он, вполне вероятно, совершил бы им-мисию и половой акт с благоприятным исходом. Данный факт оказал бы положительное влияние на психику, снял психологический дискомфорт, повысил самооценку мужчины и снял напряженность и страх перед прошлыми и будущими половыми актами. Несколько подобных половых сношений с сексуально опытной половой партнершей могли бы полностью нивелировать опыт прежних неудач, целиком удалить напряженность и помочь преодолеть имеющиеся затруднения при помощи нового сексуального опыта. В данном случае у мужчины происходит полное восстановление эрекционно-эякуляторной функции, совместная половая жизнь партнеров быстро приходит в норму. Стоит заметить, что в аналогичном случае при терапии слабого пола с неабсолютными затруднениями невротические извращения в отношениях с сексуально опытным и здоровым партнером, возможно, и не будут иметь места.

Неврозоподобные нарушения на почве дисгармонии в сексуальной жизни могут иметь место и в человеческом союзе, где один партнер имеет конкретные проблемы при проведении полового акта (но данные отклонения не являются абсолютными, т. е. не могут физически препятствовать проведению акта), а у второго нет подобных сексуально-психологических девиаций, однако партнер не имеет достаточного сексуального опыта и в силу недостаточного знания механизмов возникновения психологических сексуальных барьеров у партнера и игнорируя его затруднения или в силу банального полового невежества нарушает процесс взаимоадапта-

ции в сексуальной сфере, что препятствует правильному совершению половых сношений и приводит к развитию сексуальной дисгармонии. Подобные действия являются психотравмирующими, что проявляется разнообразными психоневрологическими извращениями у партнера или их же усилением. Например: у мужчин с сексуальной гипервозбудимостью при проведении полового акта может случиться преждевременная эякуляция. Однако партнерша в этом случае не успевает достичь оргазма (в силу более медленного возбуждения). Чаще всего она не осведомлена о причинах раннего семяизвержения партнера и, испытывая раз от раза все более глубокое разочарование и будучи сексуально неудовлетворенной, минимизирует количество половых сношений или совсем лишает партнера секса с целью защититься от последующего разочарования. Данная ситуация не разрешается при психотерапии только у партнера-мужчины. Низкая частота половой близости приводит к закономерному снижению порога сексуальной возбудимости мужчины и способствует преждевременной эякуляции. В данной ситуации разочарование женщины только нарастает, моменты половой близости становятся все более редкими. По мере затягивания подобного положения у женщины появляется нежелание жить половой жизнью, что и становится причиной вторичной неврастении или истерии.

В подобном положении партнеры по разнообразным причинам в течение многих лет не ищут медицинской помощи. Как правило, врача они посещают только лишь тогда, когда партнерша советшенно избегает половых контактов со своим мужчиной. Эти случаи представляются запущенными и трудно поддаются медикаментозной и психотерапевтической коррекции. Это объясняется тем, что основным условием эффективности терапии в данном случае становится максимальная частота половых контактов, что встречается партнершей крайне неблагоприятно и часто в данном случае ее нежелание идти на уступки для лечения партнера (аргументированное отсутствием данных проблем у других мужчин) оказывается камнем преткновения в лечении сексуальной дисгармонии. Уверенность в достижении нормальной половой жизни в подобной ситуации незначительна. Но в то же время, если мужчина, имеющий преждевременную эякуляцию, составит партнерскую пару с женщиной, знающей о причинах данных затруднений и самой стремящейся к наиболее частой половой близости (это приведет к исчезновению чрезмерной возбудимости мужчины), то общая направленность к ранней эякуляции может исчезнуть и половая жизнь этих партнеров не будет иметь патологии.

Что касается тенденции к ранней эякуляции у мужчин, необходимо рассматривать и вариант, когда проблема находится в не слишком большой сексуальной возбудимости мужчины в обследуемой паре, а связана с особенностями сексуальной возбудимости партнерши, которая может иметь слишком изысканные вкусы и хочет слишком утонченных ласк либо просто обладает низкой сексуальной возбудимостью.

Таким образом, партнерство и партнерский подход в лечении и исследовании половых расстройств и сексуальных дисгармоний имеют большое значение.

Следует отметить, что вопросы причин возникновения и механизма развития сексуальных расстройств до сих пор являются предметом дискуссий на конференциях и симпозиумах.

В настоящее время разработаны методы всестороннего исследования супружеской пары, пересмотрен взгляд на влияние таких факторов, как половые излишества, мастурбация, половая абстиненция (редкость половых контактов), систематическое прерываемых и пролонгированных половых актов, значимость социально-психологических и конституциональных факторов в развитии половых расстройств.

Структурный анализ сексопатологического нарушения дал возможность перехода от изучения причинно-следственных отношений к многофакторному анализу, учитывающему как качественное, так и количественное соотношение взаимодействующих этиологических моментов нарушения сексуальной функции.

Последующее развитие метода структурного анализа и его адаптация к изучению сексуальной дисгармонии супружеской пары позволяют объективно изучать причины и условия

развития, а также особенности клинических проявлений, что легло в основу подразделения сексуальной дисгармонии на указанные выше пять клинических вариантов.

Несмотря на значительное повышение уровня общей культуры населения в настоящее время, уровень знаний о норме и психогигиене половой жизни все еще остается низким. Часто у супружеских пар неправильная интерпретация своих сексуальных проявлений в результате отсутствия элементарных знаний о норме, патологии и физиологических колебаниях половой жизни может приводить к сексуальной дисгармонии вследствие возникновения псевдоимпотенции и псевдофригидности.

Нередко сексуальная дисгармония у супругов может быть обусловлена расстройствами потенции или фригидностью. В настоящее время изменяется удельный вес различных факторов, участвующих в их происхождении. Так, значительно уменьшилась роль венерических и урологических заболеваний в механизме развития половых расстройств у мужчин и гинекологических заболеваний у женщин. В то же время большее место стали занимать такие факторы, как нарушение темпов полового развития и возникновение раннего его затухания, особенно у лиц, пубертатное развитие которых проходило в тяжелых материально-бытовых условиях.

Известно, что процесс акселерации нередко сопровождается дисгармоничным развитием отдельных систем и функций, что приводит к физиологической дезинтеграции и снижению функциональных возможностей. Это накладывает отпечаток и на сексуальные проявления. В настоящее время увеличивается разрыв между физиологической и психологической зрелостью молодых людей, а также возможностью вступить в брак и начать регулярную половую жизнь, что, естественно, может отразиться в последующем на их половой жизни.

За последнее время чаще стала встречаться сексуальная дисгармония супружеской пары вследствие неврозов, вынужденных длительных или частых половых воздержаний у лиц, ранее живших регулярной половой жизнью, а также систематического практикования прерываемых или пролонгированных половых сношений.

Произошло и изменение проявлений сексуальных расстройств. Особенности проявления половых расстройств в настоящее время: 1) сексуальные расстройства, как правило, сопровождаются сильно выраженными эмоциональными расстройствами, невротической прикованностью к своим неудачным половым актам. Это, в свою очередь, усугубляет имеющиеся расстройства сексуальной функции и сексуальной дисгармонии у супругов, особенно в случаях, когда имеются расстройство потенции и психологическая дезадаптация супругов;

2) сексуальная дисгармония супружеской пары обнаруживает тенденцию к «омоложению»;

3) сексуальная дисгармония супружеской пары в последнее время нередко бывает обусловлена псевдоимпотенцией и псевдофригидностью.

Различные невротические расстройства, имеющие отношение к функциями органов половой системы, тесно связаны друг с другом и свободно трансформируются одно в другое. Отдельные проявления невротических патологий на основе проблем сексуальной жизни имеют возможность отграничивать разные фазы их эволюции с акцентуацией на преобладающих актуальных девиациях в функционировании органов половой системы. Но в динамике развития невротических процессов отклонения имеют возможность трансформироваться, переходя друг в друга. Классическим примером является трансформация проблем с эякуляторной функции в проблемы с эректильной дисфункцией.

Анализ эволюции дисфункции дает понимание механизмов ее течения. Например, долго текущий невроз в форме расстройства эякуляторной функции (преждевременная эякуляция) провоцирует нарастающее напряжение и боязнь каждого следующего раза совершения полового сношения. Эта фобия блокирует приток благоприятных сексуальных раздражителей от женщины. Вместе с этим внимание мужчин сильно акцентуируется на их внешних половых органах (в частности, на пенисе). Таким образом мужчина, сконцентрировавшись на себе,

отвлекается от притока благоприятных возбуждающих импульсов от женщины и этим лишает себя дополнительной рефлекторной сексуальной стимуляции. Как итог подобного процесса в рамках невроза у мужчины развивается расстройство уже не только эякуляторной (преждевременные эякуляции), как было сначала, но и эректильной функции. В прочих ситуациях процесс начинается с эректильной дисфункции, а затем добавляется эякуляторная дисфункция, а в дальнейшем – нарушение либидо.

Схема дисфункции либидо невротического генеза, являющегося итогом развития невротического расстройства на почве сексуальной дисгармонии.

Тип 1: эякуляторная дисфункция (преждевременное семяизвержение) – эякуляторно-эректильная дисфункция – расстройство либидо;

Тип 2: эректильная дисфункция – эректильно-эякуляторная дисфункция – расстройство либидо.

Анализ эволюции дисфункции может дать понимание механизмов ее течения. При расстройстве сексуальных функций по типу 1 течения существующие долгое время невротические расстройства в виде эякуляторной дисфункции как следствие повторяющихся неудач при интимной близости с партнершей дают нарастание внутреннего психического напряжения и боязнь неудач при половых сношениях в дальнейшем. С течением времени у мужчины увеличивается страх оказаться бессильным, оставшись наедине с женщиной, при половом акте происходит акцентуация на своих внешних половых органах в сочетании с опасением продемонстрировать несостоятельность как мужчины. Подобные эмоции быстро вызывают появление у человека сексофобии – страха перед половой близостью, а акцентуация на своих органах половой системы не дает возможности адекватно проводить невербальный взаимообмен возбуждающими сексуальными импульсами с партнершей (что усиливается и чувством страха). Как итог эрекция ослабляется – наступает частичная, а затем и полная эректильная дисфункция (импотенция), хотя, оглянувшись назад, можно заметить, что начало сексуальной невротической патологии было положено эякуляторной дисфункцией.

При расстройстве сексуальных функций по типу 2 течения начальная симптоматика представлена слабовыраженной эректильной дисфункцией. В итоге попытки сделать моменты половой близости более редкими, что является прежде всего боязнью продемонстрировать несостоятельность как мужчины или связано с желанием снизить порог сексуального возбуждения с помощью добровольного снижения частоты сексуальных контактов (что в некоторых случаях является следствием низкой сексуальной активности женщины, высокой частоты конфронтации в совместной жизни или банального отказа женщины от вступления в интимную близость), приводят к прогрессивному росту длительности воздержания от половых сношений и к дальнейшему появлению эякуляторной дисфункции в виде преждевременного семяизвержения. В дальнейшем динамика сексуальной дисфункции при сексуальной дисгармонии протекает аналогично типу 1 и имеет своим итогом расстройство полового влечения (либидо).

Стоит подчеркнуть, что расстройство полового влечения, имеющее место в данных случаях и представляющее собой последнюю стадию эволюции невротической патологии на сексуальной почве, представляет собой снижение полового влечения не только к конкретному человеку, но и к другим возможным сексуальным партнерам вплоть до абсолютного исчезновения потребности в половой жизни (алибидемия).

Достоверная диагностика невротического расстройства полового влечения у мужчин, представляющего собой окончательную стадию невротического сексуального расстройства по типу невроза, представляет большое клиническое значение в практике психотерапевта. Лица мужского пола, нуждающиеся в помощи сексопатолога-психотерапевта, в первую очередь предъявляют жалобы на расстройство (снижение или исчезновение) полового влечения, указывая его как доминирующий симптом. Подобные жалобы осложняют правильное распознавание патологии, маскируя менее значимые, но важные симптомы расстройства эрек-

тельно-эякуляторной функции, что влечет за собой постановку неверного диагноза и, как следствие, неправильную терапию заболевания. И только правильный сбор анамнеза позволяет выявить в эволюции невротической сексуальной патологии симптомы ранних стадий сексуальной дисфункции, что дает возможность диагностировать расстройство полового влечения на фоне невроза и провести курс адекватной терапии. В ходе терапии важно увидеть регресс расстройства через все его стадии до точки восстановления нормальной сексуальной жизни.

При анализе эволюции сексуальных расстройств, особенно длительных, важно оценивать следующие моменты:

- 1) уменьшение количества необходимых половых актов с возрастом;
- 2) трансформацию в чувственном отношении и в отношении физической привлекательности людей, также в большой степени связанную с возрастными изменениями в организме (появление полового равнодушия, часто трансформирующегося в отрицание необходимости половой жизни как таковой и избегание ее, часто подсознательное, не осознаваемое человеком);
- 3) изменение значения различных моментов в жизни человека, смену мотиваций, переключение приоритетов (до 30 лет сфера взаимоотношения полов часто занимает доминирующее положение среди интересов человека, с увеличением прожитых лет, как правило, она уступает заботе о детях, карьере и т. д.);
- 4) значительное влияние на состояние половой функции несексуальных, но имеющих большое значение для людей в возрасте старше 30 лет факторов (таких как проблемы в карьерном росте, внутрисемейные конфликты);
- 5) снижение физических способностей, что имеет место при тяжелом физическом труде;
- 6) индивидуальные изменения, относящиеся к отдельным моментам жизни;
- 7) появление (и эволюционирование) соматической патологии, прямо или косвенно (общее снижение иммунитета) неблагоприятно отражающейся на сексуальных потенциях индивида;
- 8) накопление и наложение невротических извращенческих тенденций, отражающих как негативную ситуацию в сексуальной жизни, так и ситуацию в семье, прочие неприятности во всех моментах жизни. Иногда из-за проблем в общественной жизни у человека наступает состояние реактивной депрессии, искажающей клинику сексуального расстройства.

В сочетании с изложенными выше моментами важно правильно оценивать влияние на эволюцию сексуальных расстройств особых психологически травмирующих моментов. К ним относят заражение заболеванием, передающимся половым путем, и дальнейшую трансформацию оценки противоположного пола на неадекватную для нормальных сексуальных отношений, а также прием алкоголя и вызванное его употреблением поражение ствола мозга (повышение либидо, усиление эрекции, полиоргазмия у женщин с последующим значительным ослаблением всех половых функций) и коры головного мозга (деградация психики и мышления), трансформацию индивидуальности под воздействием психических болезней, а также прочие моменты, имеющие связь с уникальными для каждого человека индивидуальными характерологическими особенностями и большим количеством ситуаций, возникающих в жизни каждого человека. Правильность постановки клинического диагноза и следующего за ним адекватного лечения напрямую связана с правильным учетом всех вышеуказанных моментов.

УСЛОВИЯ ТРАНСФОРМАЦИИ ПСЕВДОИМПОТЕНЦИИ И ПСЕВДОФРИГИДНОСТИ В ИСТИННЫЕ РАССТРОЙСТВА СЕКСУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

Как мы уже указывали, существует определенная взаимосвязь и взаимообусловленность между развитием сексуальной дисгармонии супружеской пары и так называемыми мнимыми (ложными) расстройствами сексуальной функции у мужчин и женщин, которые находятся в сложных причинно-следственных отношениях с факторами, приведшими к сексуальной дисгармонии супругов.

Предъявление к себе и половому партнеру повышенных, неадекватных требований, ошибочная интерпретация своих сексуальных проявлений, а также неправильное поведение второго из супругов могут лечь в основу неверных оценочных суждений, формирующих развитие внутреннего конфликта личности, а в ряде случаев – и комплекса неполноценности. Это становится источником психоэмоциональных напряжений, создающих психогенную ситуацию. Последняя способствует формированию патологических установок на сексуальную несостоятельность.

Указанная цепь факторов нередко приводит к трансформации псевдоимпотенции и псевдофригидности в истинное расстройство сексуальной функции. Значимыми факторами в формировании его являются конституционально-личностные, типологические особенности каждого из супругов. Трансформация псевдоимпотенции и псевдофригидности в истинное расстройство чаще всего наблюдается у мужчин и женщин, отличающихся такими чертами личности, как робость, нерешительность, склонность к сомнениям, мнительность, инертность, зависимость, повышенная внушаемость и самовнушаемость. Она нередко происходит у лиц с признаками невротического развития (это главным образом больные истерией и психастенией). Эта трансформация обнаруживает зависимость от значимости половой жизни как таковой в системе ценностных ориентаций каждого из супругов.

Гиперактуализация сексуальных отношений и нарушений половой функции у одного из супругов является фактором возможного развития у другого как псевдоимпотенции или псевдофригидности, так и последующей их трансформации в истинное расстройство сексуальной функции.

Клинические проявления сексуальных нарушений, обусловленные патологической трансформацией псевдоимпотенции и псевдофригидности, имеют некоторые отличительные клинические особенности. Они характеризуются прежде всего превалированием возникших невротических симптомов над проявлениями расстройств непосредственно сексуальной функции. В то же время сама по себе невротическая симптоматика оказывается тесно связанной с нарушением сексуальной функции, составляя одну из сторон указанного расстройства.

Ошибочные суждения и оценки, которые лежат в основе псевдоимпотенции и псевдофригидности, в дальнейшем при формировании истинных сексуальных расстройств получают свое последующее патологическое развитие. Они не только составляют семантическую сторону переживаний больных и формируют невротическую клиническую симптоматику, но и в действительности начинают определять симптоматику возникающего полового расстройства. Так, основу псевдоимпотенции, обусловленной социально-психологической дезадаптацией супружеской пары, может, например, составить неправильная интерпретация мужем возникших у него гиполибидемии и гипозрекции, которые в действительности носят физиологический характер и явились психологически понятным следствием нарушенных межличностных отношений супругов, проявляющихся главным образом при подготовке и проведении половых сношений. При неблагоприятных условиях и последующей трансформации возникшей псевдоимпотенции в истинное сексуальное расстройство его клинические проявления как

бы повторяют в утрированной форме приведенные выше изменения сексуальной функции, т. е. развиваются истинная гиполибидемия или даже алибидемия, гипоэрекция и ги-пооргазмия.

Трансформация псевдоимпотенции или псевдофригидности в некоторых случаях носит характер преобразования в первичную половую слабость или фригидность. Указанная трансформация приводит к развитию ситуационного невроза с вторичным расстройством потенции или фригидности. В клинической картине указанных неврозов, помимо психоэмоциональных нарушений, отражающих имеющуюся сексуальную дисгармонию, наблюдаются также функциональные вегетативные расстройства, проявляющиеся при подготовке и проведении половых сношений.

МЕТОДЫ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ КОРРЕКЦИИ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСГАРМОНИИ

Для результативного лечения при половых дисфункциях требуется подробный анализ всего набора связей в индивидуальных отношениях, которые присутствуют в партнерстве мужчины и женщины. Плохой анализ подобных отношений и связей ведет к неправильной диагностике, а также к производству ненужной терапии. Иногда терапия, базирующаяся на некорректном анализе (в результате нехватки сведений о пациенте и одном из членов партнерской пары), способна довести проблемную ситуацию в супружеской паре до критического состояния.

Пути и способы психотерапевтической коррекции при сексуальной дисгармонии супружеской пары зависят от причин и условий ее развития. Они должны изменяться, модифицироваться в зависимости от варианта сексуальной дисгармонии, характерологических особенностей супругов, семейных устоев, традиций и других факторов.

Большое значение для правильного построения психотерапевтической коррекции имеет целенаправленное, тщательное обследование супругов. Особое внимание необходимо уделять выяснению роли каждого из них в развитии дисгармонии, определению уровня психологической и сексуально-поведенческой адаптации, выявлению причин возникшей дезадаптации, особенностей взаимоотношений супругов. При этом психотерапевт должен четко определить свою роль, разъяснив, что его функции – дать супругам правильное представление об их межличностных и интимных взаимоотношениях, о норме и физиологических колебаниях половой функции, а также помочь им увидеть причину сексуальной дисгармонии и найти пути повышения уровня адаптации друг к другу, формирования новых установок, создания модели отношений, к которым должен стремиться каждый из супругов.

Приемы и методы психотерапевтической коррекции не должны быть стандартными, их особенности зависят от вариантов сексуальной дисгармонии.

При социально-психологической дезадаптации супружеской пары психотерапевтическая коррекция должна представлять собой систему специальных корригирующих воздействий, включающую индивидуальную и коллективно-групповую психотерапию.

Целью индивидуальной психотерапии является ликвидация у супругов негативных эмоциональных тенденций по отношению друг к другу, несоответствия направленности их личностей (различия взглядов и интересов, морально-этических и эстетических установок). Задачами коллективно-групповой психотерапии являются оптимизация ролевого поведения супругов, улучшение их межличностных отношений и укрепление семьи. Весь курс лечения проводится в четыре этапа.

Первый этап – информационно-разъяснительный. Его задачей является повышение уровня культуры межличностных отношений супругов. Врач разъясняет основы здоровых межличностных отношений, причины психологической дезадаптации, рассказывает о психической регуляции половой функции, показывает пути повышения уровня психологической

адаптации. Этот этап психотерапевтической коррекции проводится в форме специальных индивидуальных и коллективно-групповых бесед (от 1 до 3 бесед в зависимости от информативности супругов по данному вопросу).

Второй этап – реконструкция установок. Его задачей является формирование новых установок, которые должны привести к взаимной адаптации. Этот этап проводится в форме индивидуальной и групповой психотерапевтической коррекции с помощью методов убеждения, внушения, анонимного обсуждения, а также встреч с супружескими парами, которым ранее была успешно проведена коррекция по поводу психологической дезадаптации. Весьма эффективно на этом этапе психотерапии применение метода опосредованного корригирующего самоанализа.

Третий этап – оптимизация отношений. Его задачей является максимальная адаптация супругов друг к другу путем сближения их ценностных ориентаций, переключения на перспективную деятельность, расширения сферы интересов, нивелирования характерологических особенностей. Данный этап проводится в форме индивидуальной, коллективно-групповой психотерапии и психотерапии супружеской пары, причем используются методы рассудочной психотерапии, библиотерапии, а также анонимное обсуждение.

Четвертый этап – поддерживающая психотерапевтическая коррекция, цели которой – подкрепление достигнутого уровня оптимизации, предупреждение срывов и профилактика дезадаптации. Путем индивидуальных бесед с каждым из супругов в отдельности врач определяет степень реадаптации супругов, выясняет причины срывов, их существо и формы, затем проводит психотерапевтическую коррекцию срывов и потенцирование повышения уровня адаптации. Этот этап осуществляется в форме индивидуальной и коллективно-групповой психотерапии преимущественно методом рассудочной психотерапии и анонимных обсуждений.

При сексуально-поведенческой дезадаптации супружеской пары необходимо проведение инструктивно-разъяснительных индивидуальных и коллективно-групповых бесед, предусматривающих оптимизацию диапазона приемлемости при проведении предварительного периода, непосредственно полового акта и его заключительного этапа. Высокоэффективными методами коррекции данного варианта сексуальной дисгармонии является «парная» терапия, разработанная В. Мастерсом и В. Джонсоном в 1970 г., и ее модификация, которые основаны на тренинге и оптимизации сексуальных реакций у мужчин и женщин.

Психотерапевтическая коррекция супружеской пары при сексуально-поведенческой дезадаптации предусматривает последовательное проведение пяти этапов.

Первый этап – информационно-разъяснительный, его задачей является формирование правильного представления супругов о нормальном сексуальном поведении. Проводятся индивидуальные и групповые собеседования, разъяснительные беседы, в которых освещаются следующие вопросы: парность сексуальной психологии, психологическая и физиологическая подготовка к половому акту, эрогенные зоны, диапазон приемлемости, а также периоды полового акта, роль психологических и поведенческих факторов в регуляции половой функции, проведение предварительного периода, техника полового сношения и заключительного периода, половая активность, сексуальная гармония и дисгармония.

Второй этап – это этап индивидуального инструктажа с целью повышения уровня взаимной сексуальной адаптации супружеской пары с учетом индивидуальных особенностей супругов в форме отдельного собеседования с каждым из них, направленного на оптимизацию их сексуального поведения.

Третий этап – поисковый тренинг сексуального поведения супружеской пары. В его задачу входят реализация и последовательная оценка различных вариантов сексуального поведения в предварительном периоде, непосредственно во время полового акта и заключительного периода с целью выбора наиболее оптимальной программы. При этом учитывается характер влияния психологических (вербальных) раздражителей, специфических (тактильных) и

физиологических воздействий на эрогенные зоны, а также внешних условий проведения полового акта. На данном этапе целесообразно использовать методику тренинга сексуальных реакций, разделяющей весь тренинг на пять фаз, в которых фиксируются ощущения при:

- 1) телесном соприкосновении;
- 2) стимуляции женских половых органов;
- 3) стимуляции мужского полового органа;
- 4) введении полового члена во влагалище;
- 5) копулятивных движениях.

Четвертый этап является закрепляющим, это тренинг сексуальных реакций. В его задачу входит закрепление благоприятных психологических воздействий и системы условных рефлексов, составляющих модель сексуального поведения.

Пятый этап – поддерживающий этап корригирующей психотерапии. Его задача состоит в подкреплении созданной модели оптимального сексуального поведения. Он осуществляется в форме индивидуальных бесед с каждым из супругов, а затем совместного собеседования.

При дезинформационно-оценочном варианте сексуальной дисгармонии необходимо проведение комплекса санитарно-просветительных мероприятий, направленных на повышение уровня общей и медицинской культуры.

В индивидуальных и коллективно-групповых психотерапевтических конструктивно-разъяснительных беседах врач информирует супругов о норме и физиологических колебаниях половой функции, ее зависимости от различных условий (психического перенапряжения, переутомления, соматической патологии, эндогенных биоритмов, приема медикаментов, алкогольных напитков и т. д.).

Психотерапевтическая коррекция супружеской пары при дезинформационно-оценочном варианте сексуальной дисгармонии предусматривает последовательное проведение четырех этапов.

Первый – информационно-разъяснительный этап. Его задачами являются установление сущности информационно-оценочной дезадаптации и правильная информация супружеской пары о норме сексуальных проявлений, об особенностях сексуальной функции и ее физиологических колебаниях. Проводится в форме индивидуальной и коллективно-групповой психотерапии, в процессе которой освещаются все стороны психофизиологии сексуальной функции:

- 1) психологическая (настроенность);
- 2) эмоциональная (отношение);
- 3) физиологическая (нейрогуморальная);
- 4) условно-рефлекторная;
- 5) уrogenитальная.

В беседах о сексуальных проявлениях следует подробно разъяснить супругам сущность полового возбуждения, эякуляции, оргазма, а также рассказать о технике и продолжительности полового акта, об эрогенных зонах, ночных поллюциях, эротических сновидениях, о половом воздержании, петтинге, мастурбации и т. д. При освещении физиологических особенностей половой функции нужно уделить внимание таким вопросам, как ее возрастные особенности, влияние на половую функцию различных заболеваний, повышенной физической нагрузки, приема алкоголя, лекарств и т. п. При освещении патологии половой функции следует разъяснить причины и условия развития сексуальных расстройств у мужчин и женщин, рассказать о путях их профилактики.

Второй этап – переориентация оценочных установок. Происходит коррекция установок с учетом выясненных оценок и позиций супругов, а также их взаимной адаптации. Данный этап проводится в форме индивидуальной и групповой корригирующей психотерапии.

Третий этап – контрольное собеседование с целью закрепления и потенцирования адекватных, приемлемых для каждого из супругов установок.

Четвертый этап – поддерживающая психотерапевтическая коррекция, в которую входят анализ ее результатов, обсуждение причин срывов и потенцирование успехов. Осуществляется в форме индивидуальных бесед с каждым из супругов и совместных собеседований с обоими.

При сексуальной дисгармонии, обусловленной расстройством сексуальной функции у одного из супругов, наряду с методами биологического лечения и специальной психотерапии одного из супругов необходимо проведение и корригирующей психотерапии супружеской пары.

Различные механизмы развития отдельных форм сексуальных расстройств диктуют необходимость сугубо дифференцированного подхода к построению лечебных мероприятий и, в частности, специальной психотерапии. Наибольшее практическое значение имеют первичные расстройства потенции и первичная фригидность.

При коррекции сексуальной дисгармонии супружеской пары, обусловленной расстройством сексуальной функции у одного из супругов, лечебные мероприятия, направленные на ликвидацию последних, являются лишь составной частью коррекции сексуальной дисгармонии, которая предусматривает также проведение специальных психотерапевтических мероприятий с обоими супругами. Их необходимость обусловлена тем, что в подавляющем большинстве случаев у супругов возникают эмоциональные реакции, снижается уровень психологической и сексуально-поведенческой адаптации, отмечаются выраженные тенденции к неправильным интерпретациям и пессимистическому вероятностному прогнозированию возникшей ситуации. Это и предопределяет необходимость проведения с супругами психотерапевтических мероприятий.

Таким образом, коррекция сексуальной дисгармонии супружеской пары вследствие расстройства сексуальной функции у одного из супругов складывается из двух составных частей. Первая часть – комплекс мероприятий в отношении одного из супругов, направленных на ликвидацию имеющегося у него расстройства. Вторая часть – психотерапия супружеской пары, направленная на оптимизацию их половой жизни и межличностных отношений.

ПРОФИЛАКТИКА СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСГАРМОНИИ СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЫ

Меры предупреждения сексуальной дисгармонии супружеской пары (как и содержание, и направленность психотерапевтической коррекции) вытекают из анализа причин и условий развития ее отдельных вариантов.

У практически здоровых мужчин и женщин наблюдаются физиологические колебания половой функции, связанные с цикличностью физиологических процессов, возрастными факторами и общим состоянием организма. Неправильная интерпретация этих колебаний и ложные оценочные реакции, предъявленные к себе чрезмерные требования, нахождение у себя воображаемых изъянов, ущемляющих мужское или женское достоинство, поведение другого супруга, могут быть основами так называемой псевдоимпотенции или псевдофригидности, которые в последующем нередко фиксируются в сознании больных и становятся основой развития истинной формы первичного расстройства потенции или фригидности, являющихся факторами развития сексуальной дисгармонии. Причиной этих расстройств может быть также прямая или косвенная ятрогения в результате недостаточной компетентности медицинских работников, склонных к гиперболизации значения часто встречающихся застойных и хронических простатитов и недооценке психических факторов в осуществлении сексуальной функции и мужчин и женщин.

Причинами трансформации псевдоимпотенции и псевдофригидности в истинную форму первичного расстройства потенции и фригидности иногда являются исходящая от малосведущих людей вредная информация в форме медицинских рекомендаций и официальных направ-

лений на консультацию ко врачу (урологу, гинекологу) с указанием причины направления или предполагаемого сексологического диагноза, а также прямые диагностические ошибки и связанное с ними назначение ненужного лечения. Нередко развитие расстройства потенции (или фригидности) находится в связи с установкой больных на преувеличение патогенной значимости мастурбации. Эти факторы могут оказаться особо патогенными для лиц с чертами тревожно-мнительного характера, склонных к невротической фиксации, а также для молодых людей, не имеющих жизненного опыта и элементарных познаний в области физиологии половой функции.

Такие физиологические реакции, как снижение либидо, эрекции, преждевременное семяизвержение или аноргазмия, являющиеся в ряде случаев следствием единичных нарушений физиологической программы полового акта или вынужденного полового воздержания, у тревожно-мнительных или малоосведомленных людей могут закрепиться по механизму невротической фиксации и трансформироваться в соответствующую форму первичного расстройства потенции (или фригидности).

Меры профилактики этих расстройств, как мы уже отмечали, должны основываться на принципе устранения их причин. Так, для предупреждения дисрегуляторной формы расстройства потенции и фригидности, причиной которой является систематическое прерывание полового акта в целях предохранения от беременности, следует использовать противозачаточные средства.

Для профилактики абстинентной формы половой слабости или фригидности необходимо, чтобы супруги знали, что длительное половое воздержание, особенно в пожилом возрасте, может влиять на качество полового акта, что это явление временное и при адекватной нагрузке потенция полностью восстанавливается.

Профилактика конституционально-генетической формы сексуальных расстройств предусматривает соблюдение родителями правил гигиены беременности и своевременное лечение детей в случае каких бы то ни было заболеваний и их осложнений, полноценное питание детей, занятия физкультурой, особенно в пубертатном периоде.

Таким образом, с одной стороны, неосведомленность людей о физиологии половой функции и гигиене половой жизни, а с другой – прямая и косвенная ятрогения являются наиболее частыми причинами развития сексуальной дисгармонии супружеской пары.

О большой роли дефицита правильной информации в возникновении сексуальной дисгармонии говорят следующие убедительные цифры: среди 300 обследованных нами супружеских пар неправильное представление о норме, физиологических колебаниях и патологии половой функции у 119 мужчин и 105 женщин усугубляло имеющуюся сексуальную дисгармонию и было причиной дисгармонии у 23 супружеских пар.

Эти данные свидетельствуют о необходимости активизации санитарно-просветительной работы, направленной на повышение медицинской культуры населения и осуществление полового воспитания молодежи для ее подготовки к семейной жизни. Перед вступлением в брак молодые люди должны получить достоверную информацию о физиологии половой функции, о ее зависимости от различных причин (соматических болезней, влияния медикаментов, психического перенапряжения, переутомления, употребления алкогольных напитков и т. д.), об основах гигиены половой жизни, о правильном сексуальном поведении, способах безвредного предохранения от беременности, о правильном режиме труда и отдыха. Не менее важна информация о социально-психологическом аспекте отношений будущих супругов. Следует разъяснить им необходимость серьезного подхода к мотивам вступления в брак, достаточно продолжительного знакомства, которое позволит им лучше узнать характерологические черты друг друга, направленность интересов, ценностных ориентации и т. п. Это будет лучшей мерой предупреждения психологической дезадаптации. С этой целью должны быть созданы специальные врачебно-консультативные пункты для молодых людей, вступающих в брак.

Чрезвычайно полезную роль могут играть научно-популярные лекции на темы психогигиены супружеских отношений, специальные циклы врачебных бесед типа школы молодых супругов и народных университетов медицинских знаний, а также индивидуальные врачебные консультации по вопросам психогигиены супружеских отношений.

Такие мероприятия целесообразно проводить в старших классах общеобразовательных школ, профтехучилищах, техникумах, институтах, молодежных общежитиях, на предприятиях, в учреждениях.

Без полового воспитания невозможно подготовить подрастающее поколение к семейной жизни, к воспитанию детей, предупредить распад браков, поднять рождаемость, обеспечить эффективную профилактику психических травм на сексуальной почве, неврозов, сексуальных расстройств, дисгармоничных отношений в браке, венерических заболеваний и т. д. Особое место при этом должно быть отведено психологии брака и семьи, а также освещению основ гигиены половой жизни и правил здорового быта. К санитарно-просветительной работе по пропаганде основ здорового быта должны привлекаться опытные врачи и педагоги.

Правильное воспитание молодежи и популяризация основ здорового быта, несомненно, являются значимыми факторами в профилактике сексуальной дисгармонии в семье.

ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ СЕКСУАЛЬНОЙ ЖИЗНИ СУПРУЖЕСКИХ ПАР

История терапии психосексуальных отклонений и нарушений начала быстро прогрессировать с 1960-х гг. В течение этих лет были придумано, подтверждено теорией и введено в медицинскую практику огромное количество медицинских способов, использующихся психотерапевтами, доведены до сведения врачей-практиков показания и противопоказания к их применению, выявлена результативность определенных способов психотерапии. Быстрое развитие сексиатрии свидетельствует о том, что со временем она будет все быстрее и быстрее проходить стадии своего развития, опережая прочие области медицины. Подобное быстрое развитие можно объяснить только тем, что за предыдущие несколько десятков лет сексология организовалась в отдельную от прочих областей медицины сферу знаний. Врачи-теоретики сформировали и внесли в повседневную жизнь сексопатологов новейшие, оригинальные способы выявления заболеваний, переделали в соответствии с современными знаниями старые методы лечения и диагностики. Для терапии отклонений и нарушений начали применяться практически и теоретически подтвержденные технологии прочих медицинских дисциплин, в частности психотерапии.

Применяющиеся на сегодняшний день способы терапии сексуальных нарушений можно распределить определенным образом.

1. Фармакотерапия. Лечение с применением фармакологических препаратов занимает большую часть в амбулаторной терапии, оно более результативно при терапии сексуальных отклонений и нарушений, фоном для которых послужили органика. Для терапии чаще используются группы медикаментов: нейролептики, местные анестезирующие средства, общеукрепляющие средства, гормональные препараты, психостимуляторы и антидепрессанты, средства, избирательно действующие на сексуальную возбудимость (йохимбин, стрихнин).

2. Физиотерапия. Такой способ, как физиолечение, при терапии пациентов с подобными нарушениями был основным как в XIX в., так и в начале XX в. В последующие годы эта методика была незаслуженно позабыта врачами-сексопатологами, однако в настоящие дни происходит возрождение в результате возникновения группы принципиально новых результативных способов лечения физическим воздействием. В первую очередь физиотерапию применяют в лечении пациентов, имеющих органические расстройства. Однако вполне возможно, что скоро она займет достойное место в ряду технологий, используемых при терапии функцио-

нальных сексуальных расстройств. Уже была доказана высокая эффективность физиопроцедур при целом ряде подобных отклонений. В сексиатрии часто применяются:

- 1) квантовая гамма-терапия;
- 2) термотерапия, грязелечение;
- 3) магнитотерапия, индуктотермия;
- 4) акупунктура, электроakupунктура, аурикулоakupунктура;
- 5) электрофорез, импульсная электротерапия;
- 6) гидротерапия;
- 7) вибротерапия, массаж, механотерапия.

3. Тренинговые методы. Данные методы очень часто сейчас используются при терапии сексуальных нарушений. Их обширное использование врачами-практиками говорит о том, что они максимально быстро приводят к положительному результату при терапии сексуальных нарушений функционального типа, а порой и при возникновении расстройств на фоне органических. Врачи могут применять технологии использования тренинговых методов не только для терапии сексуальных расстройств у отдельного пациента, но и для терапии расстройств в индивидуальной паре партнеров. Часто используются тактильный коммуникативный тренинг, эмоциональный тренинг, программа Мастерса и Джонсона, релаксационный тренинг, аверсионное лечение, систематическая десенсибилизация, подражание, самоконтроль, техника терапевтической мастурбации.

4. Гипнотерапия. Способы терапии, базирующиеся на внушении в период, когда пациент погружен в транс, существуют уже много лет. В сексиатрии данные методы применяются во время терапии функциональных сексуальных нарушений и отклонений. В последнее время появились научные статьи, рассматривающие технологии использования гипнотического сна в сексиатрии. В учебных заведениях существуют курсы для сексопатологов, на которых обучают гипнотерапии.

5. Психотерапия. В методы психотерапии входит несколько десятков способов влияния на пациента. Максимально часто в практике сексопатологов и психотерапевтов используются:

- 1) негипнотическая суггестивная психотерапия (т. е. методика убеждения);
- 2) психоаналитические методы (они мало распространены в странах Западной Европы);
- 3) методы рациональной психотерапии;
- 4) литературотерапия (лечение чтением), музыкотерапия, методы медитации.

Психотерапевтическое влияние оказывает максимальное воздействие в наборе способов сексологической терапии, нередко являясь единственным вариантом развития событий.

6. Партнерская психотерапия. Данный вид терапии – это стремительно развивающийся курс терапии сексуальных расстройств, изучающий сексуальные нарушения в плане взаимодействия, происходящего между супругами и партнерами. Таким образом, партнерская психотерапия рассматривает терапию супружеской пары как единого целого, а не занимается изучением и помощью двум состоящим в ней индивидуумам по отдельности.

7. Групповая психотерапия. Подобный способ терапии имеет сторонников среди врачей-сексопатологов, особенно в странах Запада. Данный способ базируется на реализации в психотерапевтических целях динамических процессов среди больных, которые появляются в отношениях между самими больными и реже в отношениях между больными и психотерапевтами.

Принципы и методы психотерапии сексуальных расстройств у супружеских пар

Психотерапия (гр. *psyshe* «душа» + *therapeia* «лечение») – комплекс терапевтического влияния на сознание пациента и распространение влияния на сознание на весь организм. Часто бывает базовым методом терапии сексуальных нарушений, чуть реже дополняет фармакологическое лечение и даже хирургическую коррекцию. В психотерапии присутствует несколько

ветвей, задача которых состоит в том, чтобы произвести максимально результативное психологическое влияние на больного. Эта ветвь психотерапии преследует определенную цель – избавление пациента от группы психических и органических заболеваний, некоторых неврозов, и самое главное – от половых нарушений.

Сексуальные расстройства у мужчин и женщин могут быть обусловлены различными причинами. В одних случаях они находятся в четкой причинно-следственной связи с различными психическими и соматическими заболеваниями, в других случаях видимая связь этих расстройств с какой-либо другой патологией не устанавливается.

В обоих случаях реакция личности на собственную неполноценность оказывает, несомненно, вторичное негативное воздействие на половую функцию. Возникают предпосылки для образования порочного круга, определяющего относительную стойкость и неподвластность терапии расстройств половой функции.

Указанные факторы свидетельствуют о необходимости корригирующего влияния на личность больного в целях устранения его личностной реакции и восстановления нарушенных межличностных отношений в семье. Если учесть, что различные невротические расстройства могут быть не только сопутствующими и осложняющими факторами, но и причиной нарушений сексуальной функции, то целесообразность применения психотерапии при лечении указанных расстройств становится очевидной.

Естественно, применение психотерапии при всех формах сексуальных расстройств у мужчин и женщин должно сочетаться с другими адекватными лечебными мероприятиями, причем построение действенной психотерапии должно базироваться на правильных методологических позициях, предусматривающих неуклонное соблюдение целого ряда рассматриваемых ниже общих принципов.

Индивидуализация способов проведения психотерапии

Успех психотерапевтического лечения в определенной мере зависит от конкретных способов ее реализации. И. 3. Вельвовский подразделяет психотерапию в зависимости от ее реализации на ауто- и гетеропсихотерапию.

Аутопсихотерапия проводится самими больными, овладевшими под руководством врача (психотерапевта-сексолога) методикой самовнушения.

Гетеропсихотерапия осуществляется врачом-психотерапевтом-сексологом в форме индивидуальных или групповых лечебных занятий воздействием непосредственно или через посредство различных вспомогательных средств на больных, находящихся в состоянии торможения или бодрствования.

Наиболее приемлемыми при лечении больных с различными формами расстройства потенции и фригидности являются следующие методы психотерапии:

- 1) рассудочная психотерапия;
- 2) аутогенная тренировка;
- 3) наркопсихотерапия;
- 4) гипносуггестивная терапия;
- 5) опосредованная и потенцирующая психотерапия;
- 6) метод символдрамы.

Прежде чем переходить к проведению психотерапии, желательно определить степень внушаемости больного. Как известно, внушаемость лежит в основе многих психотерапевтических методов.

При такой терапии главным является не погружение больного в гипнотический сон, а достижение реализации внушений. К тому же следует учесть, что глубина гипнотического сна не всегда соответствует реализации внушений. Бывает, что больной быстро входит в гипнотический сон, однако плохо или совсем не реализует внушения врача. Психотерапевтам прихо-

дится наблюдать и противоположное, когда при неглубоком сне хорошо реализуются лечебные внушения. Известны случаи, когда больной во время гипносихотерапевтического занятия слышит посторонние звуки и в то же время у него реализуются внушенные движения, удается вызвать внушенные галлюцинации и яркие представления. Очевидно, это обусловлено тем, что та доминанта, которая возникает во время суггестии, не сочетается с глубоким торможением остальных полей коры головного мозга.

Внушаемость представляет собой довольно сложное явление. К. И. Платонов (1957) различал гетеро- и аутовнушение. Соответственно этому А. Т. Филатов предлагает различать гетеро- и ауто-внушаемость. Каждый из видов внушаемости, по А. Т. Филатову, распределяется по анализаторам:

- 1) внушаемость анализаторная: моторная, тактильная, зрительная, слуховая и т. д.;
- 2) внушаемость интерорецепторная, направленная на сердечнососудистую, дыхательную, эндокринную систему и т. д. Помимо этого, в каждом виде внушаемости выделяются две формы: активирующая и парализующая. А. Т. Филатов разработал специальную систему изучения внушаемости. Полученные данные используются для выбора индивидуальной психотерапевтической методики.

Представление о внушаемости можно получить с помощью отдельных проб. Для исключения эмоциональных влияний, в целях большей достоверности пробы на внушаемость желательно проводить при общем врачебном осмотре больного во время исследования неврологического статуса.

Техника некоторых проб на внушаемость, отличающихся простотой выполнения, наглядностью и достоверностью, приведена ниже.

Проба 1. Больному предлагают встать лицом к врачу, согнуть руки в локтевых суставах, а затем сложить кисти рук ладонями внутрь и согнуть пальцы каждой кисти между пальцами другой, взяв руки в плотный «замок». Затем врач покрывает «замок» своими руками сверху и снизу, фиксируя свой взгляд на переносице больного, произносит: «Смотрите мне прямо в глаза... Ваши руки плотно сжимаются и деревенеют... Они сжимаются все больше и больше... Руки сжались очень крепко... Вы ощущаете их как единое целое... Разнять руки вы теперь не можете... Усилия вам в этом не помогут... Вы не можете разнять своих рук! Пробуйте их разнять... Это вам не удастся...» Полнота реализации пробы может свидетельствовать о степени внушаемости больного.

Проба 2. Больному в положении стоя или сидя предлагают поднять руки над головой ладонями вниз с разведенными пальцами и свести их до упора (взять пальцы в «замок») таким образом, чтобы ногтевые фаланги одной кисти плотно касались тыльной поверхности другой. Дается инструкция: «Соединенные кисти с плотно сжатыми пальцами положить на голову в области темени и производите сдавливающее действие». Затем врач кладет свою ладонь на сжатые пальцы больного и, глядя в область его переносицы, уверенным тоном произносит приблизительно такую же словесную формулу, как и в пробе 1.

Степень реализации пробы является показателем внушаемости.

Проба 3. Больному предлагают встать, поставить ноги вместе, вытянуть руки вдоль туловища и смотреть в глаза врачу. Врач, стоя напротив, пальцами вытянутых вперед рук прикасается к вискам больного и, пристально глядя на его переносицу, должен уверенным тоном внушить: «Сейчас я уберу свои руки... По мере их удаления вас сильно потянет вперед, за руками... Я убираю руки... Вас сильно тянет вперед... Вы падаете на меня...» Произнося эти слова, врач должен отвести к себе обе руки и отступить назад. При положительной пробе больной начинает падать на врача.

Проба 4. Поза больного такая же, как в пробе 3. Врач становится сзади него и, протянув к его голове свою правую руку с открытой ладонью, предлагает откинуть голову назад и положить ее на подставленную ладонь. Затем больному дается инструкция расслабиться и закрыть

глаза. Уверенным тоном следует сказать больному, что его сейчас потянет назад, но чтобы он был спокойным, так как врач будет его страховать при падении. Далее врач императивно произносит: «Я буду удалять руку от вашего затылка. Вас потянет вслед за рукой... Вы начинаете падать...» Врач отводит свою руку и таким же императивным тоном продолжает: «Вас тянет назад... Вы начинаете падать... Вы падаете!..» Характер реализации указанной пробы может свидетельствовать о степени внушаемости.

Проба 5. Больному предлагают несколько чистых пустых пробирок и, объяснив, что производится исследование функции обоняния, уверенным тоном просят определить, в какой из них находилось то или иное вещество, имеющее характерный запах (духи, бензин, нашатырный спирт, настойка валерианы и т. д.). Показатель реализации этой пробы отражает степень внушаемости больных. Пробу можно использовать лишь при отсутствии у больных расстройств функции обоняния вследствие какого-либо заболевания нервной системы или носовой полости.

Указанные выше пробы, естественно, не исчерпывают всех приемов, применяемых для определения степени внушаемости больных. Для получения достоверных данных, отражающих степень внушаемости, используются одна, две или больше проб в их различных сочетаниях. Число избираемых проб определяется самим врачом в зависимости от наглядности результатов предыдущих проб.

После определения степени внушаемости следует перейти к непосредственному проведению психотерапевтических мероприятий. Рациональный выбор способов реализации психотерапии для того или иного пациента должен быть строго индивидуализированным в зависимости от его конституционально-личностных особенностей, условия развития и клинической формы полового расстройства, характера и симптоматики вторичных невротических реакций, а также степени внушаемости.

Остановимся на краткой характеристике основных методов психотерапии, применяемых в сексопатологии.

Рассудочная психотерапия (рациональная по П. Дюбуа) осуществляется врачом-сексопатологом в форме индивидуальной и коллективно-групповой психотерапии. В ее основе лежат логические убеждения, направленные на коррекцию представлений больного о характере своего заболевания и его прогноза для здоровья.

Важными моментами при проведении психотерапии методом убеждения являются ознакомление с представлением пациента о характере имеющейся у него патологии и выяснение позиций и установок его личности. Проведение этого этапа рассудочной психотерапии требует от врача-сексолога умения поддерживать беседу и деликатно направлять ее ход в нужном направлении.

В самом начале проведения психотерапии важно получить от пациента максимум информации в целях ее использования для последующих дискуссий и лечебных внушений. Необходимо обратить особое внимание на выяснение имеющихся у больных противоречий и логических ошибок.

Начальный этап рассудочной психотерапии должен быть использован врачом для установления с пациентом продуктивного контакта, которому способствуют доверие к врачу и положительная эмоциональная настроенность на общение с ним. Полученные в одной или повторных беседах сведения, касающиеся развития и особенностей проявлений заболевания, и их интерпретация являются основами для построения эффективных психотерапевтических воздействий на сложную систему оценочных и поведенческих тенденций, образовавшихся у больных в связи с имеющейся сексуальной патологией.

При непосредственной реализации психотерапии методом убеждения большое значение приобретает активизация мышления пациента и демонстрация совершаемых им логических

ошибок. Направленная на коррекцию реакций больного, рассудочная психотерапия предусматривает логическую аргументацию положений, выдвигаемых и обоснованных врачом-сексопатологом. Необходимо выявить и продемонстрировать пациенту неопределенность, противоречивость, непоследовательность и бездоказательность тех или иных выдвигаемых им аргументов, касающихся его болезненного состояния и связанных с этим тех или иных патологических установок.

Врач в доступной форме, с логично аргументированными доводами противопоставляет неправильным умозаключениям пациентов доказательные положения, разъясняющие временный характер и благоприятный прогноз имеющегося расстройства, возможность излечения и пути выхода из болезненного состояния.

Формирование новых установок пациентов должно базироваться на психотерапевтической интерпретации данных, их всестороннем углубленном обследовании с использованием современных методов диагностики.

Логически обоснованные убеждения лечащего врача с применением дидактических и риторических приемов оказываются более эффективными при условии их сочетания с приемами внушения и положительного эмоционального воздействия. Действенная рассудочная психотерапия, сопряженная со строгим индивидуализированным применением приемов убеждений, не допускает шаблона и стандарта в вопросах формы и содержания.

Очень важно учитывать морально-этические установки пациентов, обусловленные их характерологическими особенностями, воспитанием, жизненным опытом, конкретной микро-социальной обстановкой, профессией и т. д.

Что касается структуры и конкретного содержания рассудочной психотерапии, то они должны носить сугубо индивидуализированный характер и определяться типологическими особенностями больных, обстоятельствами, касающимися условий развития сексуальных нарушений, а также формой и выраженностью конституционально-личностной реакции больных на половую несостоятельность и возникшие нарушения социально-психологической адаптации в супружеских отношениях.

Одним из эффективных методов психотерапии в бодрствующем состоянии пациентов является опосредованный корригирующий самоанализ (ОКС). Он состоит из трех этапов:

- 1) подготовительного;
- 2) информационно-разъяснительного;
- 3) этапа активной психотерапии.

Подготовительный и информационно-разъяснительный этапы проводятся в форме индивидуальной работы сексопатолога с пациентами, включают знакомство с каждым из супругов, их интерпретацией возникшей ситуации и анамнестическими данными. Проводится медицинское обследование супружеской пары, уточняются личностные особенности каждого из супругов, определяется вариант сексуальной дисгармонии, констатируются и оцениваются формы невротического реагирования, устанавливается положительный эмоциональный контакт с пациентами.

Проведение активной психотерапии, будучи наиболее сложным и ответственным этапом, требует от врача правильного понимания жизненных проблем супружеской пары, а также чуткости, внимания и деликатности при их обсуждении. Активный лечебный этап складывается из трех звеньев: самооценки, анализа психогенной ситуации и личностной психической самоорганизации.

Самооценка проводится каждым из супругов при помощи специальной анкеты. В ней предусмотрены следующие вопросы, на которые больной должен дать письменные ответы:

- 1) я в собственном представлении;
- 2) я в представлении конфликтующего со мной лица (супруга, супруги);
- 3) я в оценке объективного арбитра;

- 4) чем объяснить различия указанных выше трех оценок;
- 5) каким бы я хотел быть (идеальное я);

6) какую пользу принесло бы мне идеальное я. Проведенный последовательно по предложенному плану самоанализ дает возможность супружеской паре критически взглянуть на себя со стороны, позволяет каждому из супругов провести некоторую ревизию ценностных ориентаций. Это позволяет создать психологические опорные пункты для последующей психотерапевтической коррекции патологических установок.

Анализ психогенной ситуации проводится каждым из супругов тоже с помощью специальной анкеты, в которой муж и жена должны письменно охарактеризовать указанную ситуацию со следующих позиций.

1. Как я понимал (-а) причины возникшей конфликтной ситуации и мотивы моего поведения?
2. Каковы сущность указанной ситуации и характер моего поведения в представлении конфликтующего со мной лица (супруга, супруги)?
3. Как бы оценил причины и сущность конфликтной ситуации, а также мое поведение объективный арбитр.
4. Каковы действительные истоки психогенной ситуации и как бы мне следовало поступать?
5. Какую реальную пользу принесло бы мне оптимальное поведение?

Проведенный по указанной схеме анализ психогенной ситуации и опосредованное психотерапевтическое обсуждение ее с врачом создают предпосылки для критического осмысления каждым из супругов возникшей ситуации и способствуют нивелированию ее гиперактуальности, а в ряде случаев и напротив – снижению деактуализации.

Личностная самоорганизация предусматривает на основе данных самооценки и анализа психогенной ситуации составление каждым из супругов с помощью врача-сексопатолога модели оптимального я и последующее проведение имажотерапии.

Однако это не исключает при наличии соответствующих показаний применения в комплексной психотерапевтической коррекции сексуальной дисгармонии и других адекватных методов психотерапии.

Методика ОКС позволяет объективизировать в представлении супружеских пар их характерологические черты, возникновение конфликтной ситуации и собственное поведение. Это уже само по себе создает предпосылки для психотерапевтической коррекции их ненормальных установок и выбора оптимального решения актуальных жизненных вопросов.

Опосредованный корректирующий самоанализ создает психологические опорные пункты для психотерапевтического воздействия врача, которое может носить преимущественно направляющий и потенцирующий характер и проводится при помощи убеждения.

Рассматриваемая методика психотерапии предусматривает активное участие супругов в процессе переориентации и реконструкции ненормальных установок, что способствует более выраженному и стойкому лечебному эффекту. Методика ОКС технически проста и удобна. Она может успешно применяться в обычных больничных и амбулаторных условиях.

Следующим методом психотерапии, применяющимся при лечении сексуальных расстройств, является **аутогенная тренировка**, которая способствует максимальному использованию и стимуляции резервных возможностей высших отделов центральной нервной системы, и перестройке субординационных механизмов и регуляции отношений. Она является наиболее целесообразной при сексуальной патологии такого происхождения.

Непосредственному проведению аутогенной тренировки должна предшествовать вступительная беседа, в которой в доступной форме разъясняются физиологические основы применяемого метода и его высокая терапевтическая эффективность. Во время указанной беседы разъясняются техника и условия проведения лечебных занятий.

Аутогенная тренировка может быть проведена в условиях как индивидуальных, так и групповых занятий. Больным может быть предложена одна из трех применяющихся поз: так называемая поза кучера, положение сидя (полулежа) в глубоком кресле и положение лежа на спине. В целях наиболее полного сосредоточения внимания на лечебных упражнениях больным предлагается закрыть глаза.

Лечебный курс аутогенной тренировки складывается из двух этапов. Первый этап включает освоение разработанных шести стандартных классических упражнений, которые выполняются на фоне полного мышечного расслабления и направлены на вызывание следующих ощущений.

1. Тяжести в конечностях («Моя правая (левая) рука (нога) тяжелая. Обе руки (ноги) тяжелые.»).

2. Тепло в конечностях («Моя правая (левая) рука (нога) теплая. Обе руки (ноги) теплые.»).

Эти упражнения выполняются вначале путем гетеротренинга с повторением, а затем аутотренинга. После реализации указанных самовнушений оба упражнения объединяются в одну формулу («Руки и ноги тяжелые и теплые.»).

3. Спокойный ритм сердечной деятельности («Сердце бьется мощно и ровно.»).

4. Спокойный ритм дыхания («Мое дыхание совершенно спокойное и свободное.»).

5. Тепло в области желудка («Мое солнечное сплетение излучает тепло.»).

6. Прохлада в области лба («Мой лоб приятно прохладен.»).

Каждое из упражнений осваивается в течение 2–4 ежедневных занятий путем 4–5-кратных повторений каждого по 2–4 раза в день. Началу освоения упражнений предшествует реализация смысла подготовительной формулы «Я совершенно спокоен», которую следует повторять вслед за 4–5-кратным выполнением каждого из упражнений. После освоения и хорошей реализации указанных шести упражнений длинные формулы самовнушения заменяются предельно лаконичными (например: «Спокоен.», «Тяжесть.», «Тепло.» и т. д.).

Достигнув хорошего эффекта при использовании лаконичных формул самовнушения, можно перейти ко второму этапу аутотренинга. На этом этапе после реализации предыдущих шести упражнений больной, используя ту же технику самовнушения, осваивает формулы, направленные на вызывание ощущений тепла в низу живота и в области крестца.

Хорошая реализация второго этапа аутогенной тренировки позволяет перейти к освоению третьего этапа, носящего сугубо индивидуализированный характер и направленного на ликвидацию конкретных проявлений того или иного клинического варианта сексуального расстройства. На этом этапе курса аутогенной тренировки ранее указанные формулы лечебного самовнушения дополняются новыми формулами, содержание которых направлено на компенсацию имеющихся клинических сексопатологических проявлений и вторичных невротических реакций. К ним, например, относятся следующие формулы: «Я могу владеть собой в любых условиях.», «Я уверен (уверена) в себе.». При нарушении потенции: «Возбуждение возникает быстро, оно полноценно и стойко.», «Близость продолжительна.», «Я испытываю очень приятные ощущения.» и т. п. При фригидности: «Прикосновения мужа мне приятны.», «Я испытываю приятные ощущения и желание.», «Желание усиливается.», «Близость вызывает острые ощущения и очень приятную разрядку.».

Формулы лечебного самовнушения должны быть лаконичными, четкими, иметь утвердительную форму.

Наиболее древним и широко распространенным методом психотерапии является гипнозусуггестивная терапия, которая оказалась эффективной и при лечении сексуальных расстройств. Существует целый ряд способов гипнотизации, которые основаны на комбинированном применении словесного внушения с избирательным или сочетанным монотонным воздействием на зрительный, слуховой и тактильный анализаторы.

Ниже приведены методика и техника гипнотизации, которые предусматривает 16 последовательных этапов погружения в состояние гипнотического сна, лечебного внушения и дегипнотизации.

1. Установка на удобную позу: «Ложитесь (садитесь). Примите удобную позу. Итак, принятое положение тела удобно. Закрывайте глаза. Успокаивайтесь. Успокаивайтесь. Находитесь в состоянии покоя и отдыха.».

2. Адресовка внушений к кинестетическому анализатору:

«Мышцы рук, ног, туловища расслаблены. В них нет ни малейшего напряжения... Все тело приятно отяжелело. Вам не хочется ни двигаться, ни шевелиться. Постепенно тяжелеют ваши веки. Веки тяжелеют все больше и больше. Они отяжелели и плотно-плотно слиплись.».

«Начинают расслабляться мышцы вашего тела. Расслабляется лоб. Расслабляются щеки. Чувствуете расслабленность глазных мышц. Расслабился язык. Расслабились мышцы нижней челюсти. Полностью расслабились мышцы лица. Ваше лицо расслабилось.

Расслабление переходит на мышцы шеи. Расслабляются мышцы груди. Расслабляются мышцы живота. Расслабляются мышцы спины. Расслабились мышцы туловища. Начинают расслабляться руки. Расслабились плечи. Расслабились предплечья. Расслабились кисти рук. Начинают расслабляться ноги. Расслабились бедра. Расслабились голени. Расслабились стопы. Полностью расслабились мышцы вашего тела».

3. Интероцептивное расслабление (т. е. расслабление внутренних органов): «Начинают расслабляться внутренние органы. Вы ощущаете расслабление внутри головы, внутри груди, внутри живота. Расслабляется каждый нерв, расслабляется каждая нервная клетка. Все расслабилось в вашей голове. Нет никакого напряжения».

Адресовка внушений к дыхательному аппарату: «Ваше дыхание стало ровным, спокойным, ритмичным».

Адресовка внушений к сердечно-сосудистой системе: «С каждым вдохом ваше сердце бьется все спокойнее, ритмичнее... Приятная теплота разливается по всему вашему телу.».

4. Отключение от окружающего: «Окружающие звуки, шумы, шорохи, разговоры отдаляются от вас... отдаляются все дальше и дальше. Вы почти не воспринимаете посторонних раздражителей. Они перестают доходить до вашего сознания. Отключаетесь от происходящего вокруг. Вы отключились от окружающего. Окружающие звуки, шорохи, разговоры как бы удалились от вас. Они ушли от вас далеко-далеко. Вы не воспринимаете посторонних раздражителей. Они не доходят до вашего сознания».

5. Успокоение и отключение от личностных переживаний и ощущений: «Вы постепенно успокаиваетесь... успокаиваетесь... переходите в состояние отдыха и покоя. Успокаивается каждая клеточка вашего организма. Успокаивается каждая его частичка... Успокаивается вся ваша нервная система. По мере успокоения нервной системы успокаиваются все внутренние органы. Все тревоги, заботы, волнения рассеиваются... уходят.».

Адресовка внушений ко второй сигнальной системе, к мыслям и разуму: «Течение мыслей в голове пассивно следует внушениям. Ни на чем постороннем они не фиксируются. Вас покинули все тревоги, огорчения, заботы. Все, что раньше волновало и угнетало вас, ушло и сейчас не имеет никакого значения. Вам спокойно, хорошо.».

6. Фиксация покоя: «Вы уже успокоились. Вы совершенно спокойны. Отдыхаете. Отдыхает нервная система, отдыхают все внутренние органы. Ничто вас не волнует, не нарушает вашего сосредоточения и покоя... ни душевного, ни телесного. Все, что прежде беспокоило вас, ушло, рассеялось, забылось. Вы испытываете сейчас чувство внутреннего покоя и полного миротворения.».

«Чувство спокойствия нарастает. Успокаивается каждый нерв. Успокаивается каждая нервная клетка. Успокаивается нервная система. Все ваши волнения рассеиваются. Спокойствие все больше и больше выражено. Вы чувствуете, как ваше тело наполняется приятным

спокойствием. Ничто не волнует вас. Ничто не нарушает вашего покоя ни телесного, ни душевного».

7. Перевод покоя в дремоту: «Мышцы туловища, рук, ног расслаблены. В них нет ни малейшего напряжения. Вам не хочется ни двигаться, ни шевелиться. Вы спокойны. Ваше спокойствие сочетается с ощущением сонливости, дремоты. Это состояние вам приятно. Постепенно вы погружаетесь в дремотное состояние. Приятная дремота овладевает всем вашим телом. Никакие посторонние звуки не доходят до вашего сознания. Никакие ощущения со стороны внутренних органов больше не воспринимаются. Вы приятно и спокойно отдыхаете. Ни о чем не думаете. Сонливость усиливается с каждым моим словом. Отдыхаете. Вы слышите только мой голос. Дремотное состояние все больше выражено. Ваше дыхание стало спокойным, ровным, ритмичным. Вам дышится легко. Ваше сердце сокращается спокойно, ритмично, автоматически. Вы не чувствуете своего сердца, как не чувствует сердца каждый здоровый человек.».

8. Формирование раппорта: «Окружающие звуки, шумы, шорохи отошли далеко. Вы уже не воспринимаете их. Ничего не слышите, кроме голоса врача. Вы слышите только мой голос. Слышите только мой голос. Он действует на вас успокаивающе. На вас действует только мой голос. Мои внушения действуют на вас успокаивающе. Вы отключились от окружающего и воспринимаете только мой голос.».

9. Перевод дремоты в гипнотическое состояние: «Вы все глубже погружаетесь в дремоту. Дремота надо. Это полезное для вас состояние. Вы погрузились в дремоту. Вы входите в гипнотическое состояние. Это особое состояние нервной системы. Вы слышите то, что я говорю. Все будете помнить. Однако это не обычная беседа. Вы находитесь в гипнотическом состоянии. Это полезное для вас состояние.».

10. Потенцирование гипнотического состояния: «Глубина гипнотического состояния нарастает. Гипноз – это особое состояние нервной системы. Во время гипноза восстанавливается здоровье человека. Во время гипноза восстанавливается нормальная деятельность каждой клетки вашего тела, каждого органа, каждой системы. Сейчас организм приходит в оптимальное для него состояние (это касается нервной системы, сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и других систем)».

«Из гипнотического состояния вы выходите иным. Вы будете чувствовать себя отдохнувшим, здоровым, обновленным. Гипноз – это не беседа и не сон. Гипноз – это особое состояние организма, при котором слова врача оказывают исключительно сильное лечебное воздействие. Сейчас вы почувствуете, как под влиянием моих внушений у вас появятся непроизвольные движения, выполняемые без вашего участия (внушаются движения, которые выполняли при проведении проб на внушаемость)».

11. Внушения общетерапевтического действия: «Во время гипноза наступает внутреннее расслабление. Расслабляются все мышцы внутренних органов. Вы ощущаете приятное расслабление в голове, приятное расслабление в груди, приятное расслабление в брюшной полости. Это расслабление выражено больше и больше. Все больше расслабляются гладкие мышцы внутренних стенок кровеносных сосудов. Расслабляются полностью все кровеносные сосуды. Проходят спазмы кровеносных сосудов. Кровеносные сосуды всего тела расширяются. Ваше тело от этого начинает тяжелеть. Тяжелееют ноги. Чувствуете, как ваше тело становится тяжелым. Появляется ощущение, что ваше тело тяжелое и массивное. Это полезное изменение. Появляется приятная тяжесть в голове. Это также полезное ощущение. Расширяются кровеносные сосуды головы. Расширяются кровеносные сосуды головного мозга. От расширения кровеносных сосудов снижается повышенное артериальное давление. Артериальное давление снижается до нормального для вашего организма уровня. Тяжесть во всем организме нарастает. Голова все глубже уходит в подушку. Ноги тяжелые, стопудовые. Сердце работает спо-

койно, ритмично. Вы чувствуете себя спокойно. Вы входите в более глубокое гипнотическое состояние.».

«Вы начинаете ощущать приятное тепло в области сердца. Вы чувствуете, как сердце прогревается теплом. Расширяются кровеносные сосуды сердечной мышцы. Улучшается кровоснабжение сердечной мышцы. Укрепляется сердечная мышца. Сердце работает спокойно. Каждое мышечное волокно сердца получает все больше и больше кислорода и питательных веществ. Тепло в области сердца, расширение коронарных сосудов сердца оказывает исключительно благоприятное действие. Это повышает силу, выносливость, работоспособность сердца, оказывает хорошее профилактическое действие. Вы начинаете чувствовать, как во всем теле наряду с тяжестью появляется ощущение тепла. Руки теплые и тяжелые. Ноги теплые и тяжелые. Все ваше тело теплое и тяжелое. Сейчас каждая клеточка вашего тела получает больше питательных веществ из крови. Каждая клетка вашего тела становится здоровее. Каждая клеточка вашего тела накапливает сейчас запас энергии. Улучшение состояния каждой клеточки приводит как бы к обновлению вашего организма.».

12. Внушение чувства комфорта: «Сейчас вы чувствуете себя хорошо. Вы спокойны. Ваше дыхание свободное, спокойное, автоматическое. Ритмичность вашего дыхания сейчас осуществляется автоматически. Под влиянием гипноза автоматическая регуляция дыхания становится более совершенной. Ваше сердце также работает спокойно, ритмично, автоматически. Под влиянием гипноза автоматическая регуляция деятельностью сердца становится более совершенной. Под влиянием гипноза более совершенной становится автоматическая регуляция артериального давления. С каждым сеансом гипноза автоматическая регуляция артериального давления в вашем организме становится более и более совершенной. Также улучшается автоматическая регуляция деятельности и других систем: пищеварительной, мочевыделительной, эндокринной и др. От этого у вас возникает чувство комфорта во всем вашем теле. Это ощущение комфорта сохранится у вас после выхода из этого сеанса.

С каждым сеансом чувство комфорта в своем теле будет ощущаться вами все более явно. Это чувство комфорта вызвано тем, что под влиянием гипноза все системы вашего организма, все органы и даже каждая клеточка функционируют оптимально. Саморегуляция деятельности вашего организма становится совершенной. Все реакции приходят к норме.».

13. Закрепление спокойствия: «Вы сейчас чувствуете себя совершенно спокойно. Успокоилась нервная система, сердечно-сосудистая, дыхательная, пищеварительная и другие системы. Это спокойствие закрепляется в вашем организме. С каждым сеансом спокойствие будет все больше и больше выражено. Спокойствие закрепляется в вашей нервной системе. Вы спокойно реагируете на то, что раньше вас затрагивало. Спокойствие становится непоколебимым. Спокойствие становится основной чертой вашего характера. Все внушения закрепляются в вашей нервной системе.».

14. Лечебные внушения. Они строятся с учетом особенностей личности больного, специфики симптоматики, характера течения заболевания. Формулы суггестии должны быть краткими, конкретными.

15. Продление лечебного действия гипноза: «Под влиянием моих внушений в вашем организме произошли целебные изменения. С каждым сеансом лечебный результат гипноза нарастает. Лечебный результат гипноза закрепляется. Внушения будут действовать и после того, как вы выйдете из гипнотического состояния. С каждым сеансом продолжительность лечебного действия гипноза будет нарастать.».

16. Выведение из гипноза: «Вы хорошо отдохнули. Оздоровился весь ваш организм. Исчезли неприятные ощущения, мысли, волнения. Вы испытываете полное внутреннее успокоение. Вам легко и приятно. Когда вы придете на последующее занятие и я вам предложу закрыть глаза, вы сразу же почувствуете тяжесть век. Ваши мышцы расслабятся, посторонние звуки исчезнут. Вы будете слышать только мой голос. С каждым занятием состояние отдыха,

покоя и лечебного сна будет углубляться. С каждым днем ваше самочувствие будет улучшаться все больше и больше.

Сейчас вы начинаете выходить из гипнотического состояния. Проходит тяжесть в вашем теле. Появляется приятная легкость, бодрость. Голова становится свежей и легкой. Руки стали легкими, ноги легкие. Все ваше тело легкое. Спокойствие остается. Остается ощущение приятного тепла в области сердца. Во всем теле ощущение комфорта. Вы выходите из гипноза, чувствуете себя отдохнувшим, здоровым. У вас хорошее настроение.

Вам приятно. Выходите из гипноза. Я начинаю считать и со счетом «три» вы свободно, спокойно открываете глаза и будете чувствовать себя хорошо. Сегодня вечером вы быстро заснете, и ночью будете спать крепким и глубоким сном. Считаю: «Один» – вы выходите из гипноза. Вы спокойны. «Два» – вы хорошо отдохнули. «Три» – ваши глаза свободно открываются. Вам приятно, хорошо. Голова свежая, легкая. Ощущение такое, как будто бы вы несколько часов находились в состоянии глубокого крепкого сна.»

Формулы лечебных внушений должны быть краткими, конкретными и по своему содержанию находиться в соответствии с клиническими проявлениями имеющегося сексуального расстройства.

Довольно широкое распространение получил **метод наркопсихотерапии**. Как показывают наш опыт и данные других исследователей, применение наркопсихотерапии при лечении расстройств мужской потенции оказалось достаточно эффективным, но довольно обременительным в связи с опасностью попадания пациента в зависимость от используемых наркотических препаратов и трудностями их учета.

Наркопсихотерапия является технически простым и удобным методом, не требующим для реализации особых условий. Она может проводиться как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

Методика наркопсихотерапии состоит в том, что больному медленно, со скоростью, приблизительно равной 1 мл/мин внутривенно вводится 5-10 %-ный раствор гексенала или аналогично ему действующих препаратов (амитал-натрия, пентатала, эвипала, тиопентала-натрия и эвипал-натрия). Одноразово вводится обычно 2,0–6,0 мл или несколько больше раствора гексенала (или другого из названных средств). В период введения наблюдаются три стадии действия лекарственного препарата в зависимости от этапа введения медикамента. Первая стадия характеризуется понижением общей активности и инициативы. При этом наблюдаются также некоторые изменения функции восприятия. Эта стадия развивается обычно после введения небольших доз барбитуратов (2,0–4,0 мл 5%-ного раствора). При дальнейшем введении препарата развивается вторая стадия, во время которой появляются сдвиги в эмоциональной сфере. На этом этапе, как правило, развивается состояние эйфории, однако у некоторых больных могут наблюдаться депрессивные проявления. В последующем развивается третья стадия, характеризующаяся оглушением с явлениями нарушения речи и т. д.

Непосредственные внушения, содержание которых должно увязываться с проявлениями сексуальных расстройств и характером вторичных невротических реакций, проводятся преимущественно на фоне второй стадии медикаментозного воздействия.

Следует сделать оговорку, что при наркопсихотерапии лечебный эффект достигается не только путем реализации психотерапевтического воздействия, но и непосредственным фармакологическим влиянием лекарственного препарата на мозговые структуры.

Занятия наркопсихотерапией могут проводиться ежедневно, через день и через два дня на третий. Их частота зависит от состояния больного и особенностей влияния на него каждого лечебного занятия. В среднем общее число лечебных занятий варьируется от 3 до 20 и определяется индивидуально для каждого с учетом целого ряда привходящих факторов. Но проводить это в домашних условиях (самостоятельно) строго запрещено. Только врач может

провести вам полный курс данного лечения, желательно под строгим наблюдением (т. е. в стационаре).

В комплексе психотерапевтического воздействия при различных формах расстройства мужской потенции известное распространение получил метод так называемой **опосредованной и потенцирующей психотерапии**. Эти лечебные методы применяются в сочетании с другими методами и составляют с ними единый терапевтический комплекс.

Опосредованная психотерапия состоит в получении так называемого плацебо-эффекта путем внушения лечебного воздействия специально назначенных веществ, не обладающих лечебным эффектом. Плацебо-психотерапия бывает оправданной в случаях наличия противопоказаний к назначению лекарственных препаратов, либо в случаях, когда в основе полового расстройства лежит ненормальный условный рефлекс.

Гораздо большее распространение получила потенцирующая психотерапия, сущность которой состоит в психотерапевтическом усилении фактического действия лекарственных веществ, водных, электро- и грязевых процедур, иглотерапии и лечебной физкультуры.

При проведении потенцирующей психотерапии следует, основываясь на реальном воздействии данного лечебного фактора, усилить его с помощью психотерапевтических приемов. При потенцирующей психотерапии следует использовать приемы разъяснения и внушения с утверждением желаемого эффекта. Содержание разъяснений, убеждений и внушений должно быть адекватным характеру расстройства половой функции и механизму его развития.

Психотерапевтическое потенцирование водных процедур (ванн, душей), назначаемых при сексуальных расстройствах, предусматривает разъяснение больным механизмов их лечебного воздействия на организм. Особое внимание нужно уделить объяснению физиологического воздействия процедур на имеющиеся клинические проявления полового расстройства.

При назначении кислородных, углекислых, жемчужных, радоновых, контрастных и морских ванн, способствующих повышению либидо и улучшению эрекции у мужчин и повышению либидо и полового возбуждения у женщин, следует отметить, что эти процедуры оказывают общеукрепляющее, стимулирующее воздействие и активизируют деятельность нейроэндокринного аппарата. Особое внимание нужно уделить потенцированию действия этих процедур в плане активизации полового влечения и повышения чувствительности рецепторного аппарата наружных половых органов.

При расстройствах мужской потенции с преимущественной выраженностью преждевременного семяизвержения и при фригидности, обусловленной невротическими механизмами и проявляющейся гипооргазмией, назначение азотных, минеральных, шалфейных или пресных ванн должно сопровождаться аргументированными разъяснениями (и внушениями) о том, что они оказывают общеукрепляющее действие, нормализуют деятельность вегетативной нервной системы и, в частности, улучшают нейроэндокринную регуляцию половой функции. Необходимо при этом обратить особое внимание на то обстоятельство, что прием ванн (из перечисленной выше серии) способствует улучшению кровообращения и передаче нервных импульсов, приводит к нормализации возбудимости полового аппарата, у мужчин содействует большей стабильности эрекции и несколько отодвигает время наступления эякуляции и оргазма, увеличивая таким образом продолжительность полового акта, а у женщин способствует стабилизации полового возбуждения и усилению оргазма.

При назначении больным различных душей (веерного, контрастного, Шарко, дождевого, циркулярного, сегментарного, восходящего) следует разъяснять (и внушать) их лечебное воздействие исходя из особенностей назначенных процедур, а также формы расстройства потенции (или фригидности) и ведущего сексопатологического синдрома, причем следует тщательно прокомментировать характер благотворного рефлекторного воздействия процедуры на имеющуюся патологию.

Потенцирование действия электропроцедур предусматривает учет характера и физиологического воздействия на организм. Назначаемые при ослаблении либидо и снижении эрекции у мужчин и полового возбуждения у женщин электропроцедуры на область воротниковой зоны (гальванический воротник, УВЧ, диатермия) целесообразно психотерапевтически потенцировать разъяснением их влияния на шейные нервные узлы. Это ведет к улучшению проводимости нервных импульсов, что способствует восстановлению нарушений нервной регуляции функции полового аппарата и нормализации половой деятельности. Назначая в подобных случаях нисходящую гальванизацию позвоночника, дарсонвализацию или фарадизацию внутренних поверхностей бедер и области промежности и другие процедуры, следует заниматься аргументированным разъяснением их рефлекторного влияния на половые органы, что приводит к повышению чувствительности наружных половых органов, активизации полового влечения и стабилизации полового возбуждения у мужчин и женщин.

В целях психотерапевтического потенцирования электропроцедур, назначаемых при расстройствах половой функции, преимущественно сопровождающихся у мужчин преждевременным семяизвержением, а у женщин гипооргазмией (таких как фарадические трусы, диадинамический пояс, электрофорез с хлористым кальцием и фосфором, трусы-пояс с новокаином), нужно логически обосновывать и разъяснять больным характер их физиологического влияния на половой аппарат мужчины и женщины. Необходимо при этом подчеркнуть, что назначенные электропроцедуры способствуют нормализации возбудимости полового аппарата, улучшению и большей стойкости эрекции у мужчин и полового возбуждения у женщин, удлинению периода времени, необходимого для наступления у мужчин семяизвержения, а также усилению оргазма у мужчин и женщин.

Психотерапевтическое потенцирование грязевых процедур, массажа, иглотерапии и лечебной физической культуры, а также хлорэтиловых блокад на область ромба Михаэлиса следует проводить исходя из технических особенностей и характера физиологического влияния той или иной назначаемой пациенту лечебной процедуры.

При психотерапевтическом потенцировании физиотерапевтических процедур необходимо учитывать природу полового расстройства.

При симптоматических (вторичных) расстройствах сексуальной функции у мужчин и женщин назначаемые физиотерапевтические процедуры должны быть также адекватны и основному (причинному) заболеванию.

Действие таких процедур должно быть направлено как на улучшение половой функции, так и на лечение основного заболевания, ставшего причиной ее снижения.

При той или иной форме сексуальных расстройств у мужчин и женщин может наблюдаться сочетанное назначение различных физиотерапевтических процедур. Комбинация последних дает больший терапевтический эффект.

В этих случаях психотерапевтическое потенцирование направляется на усиление действия не только каждой из назначенных физиотерапевтических процедур, но и всего лечебного комплекса в целом.

Одним из распространенных на сегодняшний день психотерапевтических образных методов, применяющихся в лечебном процессе, является **символдраматический метод** (более распространенные названия – кататимно-имагинативная психотерапия, или кататимное переживание образов (КПО) или «сновидение на-яву»). Метод относится к наиболее глубоко проработанным и организованным по технике методом, к тому же имеющим фундаментальную теоретическую базу. В базисе метода – положения классического фрейдовского психоанализа и его современных течений (теория объектных отношений М. Кляйн, эго-психология А. Фрейд, «self-psychology» Х. Когута и их последующая разработка в трудах М. Балинта, Э. Эриксона, Р. Шпитца, Д. В. Винни-котта).

Концептуальный базис символдрамы состоит из глубинных психологических психоаналитически направленных теорий, анализа бессознательных и предсознательных противоречий, инстинктивных слабоконтролируемых (импульсивных) действий, дефенсивных процессов и механизмов как отражения актуальных эмоционально-личностных противоречий, анализа конфликтов допубертатного периода (т. е. периода жизни до полового созревания).

Научный поиск соотечественников показал, что данный психотерапевтический принцип в целом имеет большое соответствие традициям, установкам и российской ментальности, направленный скорее на чувственно-образное, чем на логически-рациональное переживание и разрешение психологической конфронтации. Высокоэффективным явилось использование метода у людей с преобладающим образным мышлением, чаще встречающимся у женщин, что подчеркивает эффективность метода в терапии расстройств женской эмоционально-половой сферы.

Кроме того, метод символдрамы позволяет проводить лечебно-диагностическую работу с пациентами, испытывающими затруднения в проявлении эмоций и переживаний в вербальной форме, а также с теми, кому сложно продемонстрировать личное внутреннее отношение к противоречиям, что встречается в случаях, когда главным принципом служит выявление тонких нюансов индивидуального интимного восприятия, оценки или отношения к конфронтации, понимания причин проблем поведения человека.

Главный теоретический принцип метода – это вольное фантазирование в виде образов в рамках задаваемой врачом-психотерапевтом темы. Патогномоничной чертой метода кататимного переживания образов является направление пациента на темы для обособления образной фантазии (мотива представления видения). С психологической точки зрения символдрама – проективный и свободный от физических структур метод. Именно поэтому в представляемых образах точно отражаются интимные психические процессы, проблемы и противоречия. Кататимные видения становятся их «мобильной проекцией», почти не зависящей от переживаний в раннем детстве и психологических травм, что позволяет применять метод символдрамы в диагностических целях при использовании для терапии прочих психотерапевтических методик.

В кататимно-имагинативной психотерапии находят применение разнообразные психотерапевтические приемы и техники, такие как аутотренинг, классический и юнгианский психоанализ, поведенческой психотерапия, суггестивно-потенцированное состояние релаксации.

Переживание видений при применении метода кататимного переживания продемонстрировало клиническую эффективность в лечении неврозов и психосоматических заболеваний. Существуют значительные наработки в использовании кататимно-имагинативной психотерапии для диагностики и лечения сексуальных дисгармоний.

Методика символдрамы неоднократно использовалась клинически в лечении сексуальных расстройств у женщин.

В качестве базовых мотивов для кататимного переживания образов использовались мотивы, предложенные Х. Лейнером, дающие с диагностической точки зрения максимально полное отражение внутреннего психодинамического состояния пациента, а также обладающие наилучшим психотерапевтическим действием.

Сексуальная и эдипальная тематика прорабатывается *мотивами основной ступени символдрамы*, такими как:

- 1) спальня в доме;
- 2) взаимодействие с остроконечной или с округлой горой. Также эта тематика прорабатывается *при помощи мотивов средней и высшей ступени символдрамы*. Среди них:
 - 1) куст розы, с которого нужно сорвать цветок;
 - 2) поездка на попутной машине (автостопом);
 - 3) плодовое дерева, плод которого съедается;
 - 4) отверстие на болоте;

5) поход на пляж.

Проведение имажинации должно иметь в себе наименьшее количество давления на пациента со стороны психотерапевта. Напротив, в пациенте должен доминировать «диктат образа».

Из предложенных Х. Лейнером тем для исследований чаще использовался мотив поездки на попутной машине (автостопом), рекомендуемый для работы с женщинами. В нем будут спроецированы как сексуальные, так и межличностные противоречия и конфликты, имеющие место между партнерами. Поворот к своей фантазии, работа с видением – это непосредственный, конкретный «вопрос к бессознательному» о том, какого рода напряжения, комплексы и конфликты происходят в глубине психики пациента. Конкретный выбор мотива связан с тем что, как бы это ни было банально, по З. Фрейду, машину (автомобиль) надо характеризовать как фаллический символ. Удовольствие от обладания автомобилем символически связано с радостью получения фаллоса. Исходя из учения З. Фрейда управление машины женщиной символизирует эдипальную зависть к фаллосу. Однако поездка в автомобиле символически связана с опасностью и риском для жизни. Женщина, садящаяся в машину, за рулем которой находится водитель-мужчина, этим поступком бессознательно отдает ему свою жизнь и здоровье. Мотив «автостоп» демонстрирует, насколько женщина адаптирована и доверяет людям в целом, а также насколько она готова чувственно отдаться партнеру в конкретном интимном смысле этого слова. Мужчина-водитель – это обобщенный представитель отцовско-мужского мира.

Любопытно, что несмотря на то что на Западе 50 % водителей женщины, при свободной фантазии на тему автостопа за рулем почти всегда оказывается мужчина. А если женщина оказывается за рулем автомобиля, то этот факт, как считает Х. Лейнер, сообщает о том, что пациентка не пережила период детской зависимости от матери или о вполне определенных гомосексуальных мотивах и отказе от гетеросексуальных отношений, что часто бывает связано.

В целях наилучшего представления образа женщине предлагается схема действий. Ей нужно представить, что она утомленная возвращается домой по пустынной трассе в деревенской местности. Лечащий врач-сексопатолог подсказывает, что в данный момент возникают повозка, кибитка, карета, сани или телега либо подъезжает автомобиль. Машина затормозит, возница (водитель) приоткроет дверь и попросит ее подвезти. Х. Лейнер выделяет, что не пациентка выступает инициатором остановки машины, а автомобиль производит данное действие «сам». Однако у пациентки возникает свобода выбора: согласиться, чтобы ее подвезли, или нет. Но часто пациентки, не обращая внимания на предписанный порядок действий, самостоятельно тормозят автомобиль, что символически обрисовывает активность женщины в развитии личных связей.

Данные применения мотива автостопа в СНГ показывают, что в отношении славянских женщин преобладает такой образ действий, когда женщина сама управляет автомобилем или даже агрессивно выгоняет из машины мужчину-водителя. Нередок случай, когда женщина попадает в грузовик или автобус, где уже сидит некоторое количество прочих людей. Самостоятельно управлять машиной – такой образ действий может обозначать как стремление к мастурбации, так и горячее желание самостоятельно выбирать, с кем, когда, где и как реализовывать сексуальные потребности. Отказ от более тесного контакта с мужчиной-водителем в машине вдвоем или выбор в пользу транспорта с некоторым количеством людей в салоне, как правило, свидетельствуют в пользу подсознательного отвергания более интимных отношений, так как они могут привести к боли и страданиям при их последующем развитии.

Большое количество различных видов защитных реакций проявляется в искажении ситуации автостопа и служит отражением противоречий, появляющихся в общении с партнерами, а также уровня готовности и способности женщины к интимным контактам, ее подсознательных сексуальных проблем, запретных или отрицательных установок в отношении секса.

В тот момент, когда женщина едет в автомобиле, ее просят описать внутренний вид автомобиля, сидения, приборную панель и, что является главным в отношении поиска глубинных психических проблем во взаимоотношении, водителя авто (его внешний вид, во что он одет, цвет, структуру волос и прическу, какие у него лицо, руки, пальцы, ногти). Женщину спрашивают, как быстро движется автомобиль. Особое внимание уделяется описанию бардачка машины. Врач-психотерапевт просит пациентку распахнуть его и выяснить, что там находится. Вещи из бардачка символизируют индивидуальность важного для женщины мужчины и ее позицию по отношению к нему.

К примеру, если в бардачке пыльно и грязно или обнаруживается грязный носовой платок, это может означать пренебрежительное отношение к мужчине. Известно, что подчас достаточно увидеть гнилые зубы человека, чтобы у женщины исчезло всякое сексуальное желание. В бардачке может обнаружиться связка ключей, что символизирует озадаченность женщины наличием у ее мужчины большого количества дверей, которые он этими ключами открывает. Стикер с полуобнаженной девушкой может говорить о ревности и т. д.

Далее женщину просят подключить радиоприемник и пощелкать кнопками настройки радиоволн, чтобы найти приятную ей передачу с приятной мелодией.

Найденная музыка – это внутренний резонанс взаимодействия со значимым мужчиной в объективной жизненной ситуации. Прослушивание подобной музыки имеет расслабляющий и психотерапевтический эффект.

Оканчивается мотив автостопа обычно выходом женщины из автомобиля и прощанием с водителем.

Мотив автостопа обладает безусловным психодиагностическим и психотерапевтическим влиянием, но существуют и более критические отзывы. Венский психоаналитик Трауде Эберманн придерживается мнения, что, во-первых, мотив имитирует старые типы социальных ролей: Он обладает деньгами и автомобилем; Она одиноко идет по дороге, зависима от его благ. В настоящее время в западном мире символом причастности к «миру взрослых» для обоих полов является обладание собственными денежными средствами, водительскими правами и собственным автомобилем. Во-вторых, автостоп в реальной жизни часто ассоциирован с насилием сексуального характера. Эта та ситуация, когда наиболее часто происходят сексуальные правонарушения. Сам психотерапевт не поставит в настоящей жизни свою дочь, жену или сестру перед необходимостью воспользоваться автостопом, зато с удовольствием человека, желающего понаблюдать за сексуальными утехами других людей, посылает туда своих пациентов. «Автостоп – это пространство потери автономии и близости опасности», писал Т. Эмберман (1999).

В отношении глубинной психологической силы мотив «луг», что было показано экспериментальными исследованиями Х. Лей-нера, – это оральный символ из разряда материнских. Символ отвечает за общий чувственно-эмоциональный фон, настроение, прямое состояние пациента, за эмоциональные взаимодействия с матерью и направленность развития переживаний ранних этапов жизни, и, возможно, является отражением возможного сопротивления психотерапии.

К диагностическим символам мотива относят погоду, время суток, время года, величину луга, характеристику земли и растительности на ней, наличие или отсутствие источников воды на лугу. Норму характеризуют хорошая солнечная погода, утро или день, весеннее или летнее время года, сочная зелень с обилием трав и цветов.

По истечении некоторого промежутка времени женщине может быть предложено пофантазировать, что она проходит на лежащую рядом с лугом дорогу и движется по ней. Затем, при наступлении у женщины усталости, психотерапевт изменит мотив на автостоп – на дороге покажутся автомобиль (или повозка), который сам остановится и ее водитель (или возница) предложит сесть в него. Нередко женщины, имеющие проблемы сексуальной дисгармонии, по

личным причинам или из-за партнера не соглашаются сесть в машину. Это особенно выделяет глубину психологического партнерского конфликта. Несмотря на чувство усталости, женщина не может сесть в появившееся авто, мотивируя это недоверием к мужчинам, и хотя она ясно понимает значительную выгоду от возможности доехать ее, и образ мужчины, сидящего за рулем, ей чаще симпатичен, но она по-прежнему исходит из убеждения, что «у них только одно на уме» и доверять мужскому полу неосмотрительно. Если производятся попытки уговорить женщину, то они провоцируют панический страх.

При следующем сеансе происходит аналитический разбор того, что женщина пережила в образе, что должно помочь пациентке осознать конфликт и эмоционально на него отреагировать. На одном из последующих сеансов пациентка (все же после раздумий) садится в попутное средство передвижения, испытывая при этом чувство необычайной легкости, радости и спокойствия.

Таким образом, кататимно-имагинативная психотерапия (или метод символдрамы) дает возможность решать конфликты, проблемы и противоречия, имеющие чувственно-эмоциональную природу, чувственно-эмоциональными же средствами, обработать и понять то, что недоступно принципам классического вербального психоанализа и оставалось на поверхностном уровне, что делает его эффективным психотерапевтическим средством восстановления нарушенного сексуального здоровья.

ПСИХОТЕРАПИЯ КАК СИСТЕМА ЛЕЧЕБНЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ

Психотерапевтические приемы при лечении различных форм сексуальных расстройств у мужчин и женщин должны быть направлены на коррекцию их личностных реакций на имеющуюся сексуальную патологию, которая чаще всего гиперактуализируется больными в связи с возникновением у них комплекса неполноценности. Применение психотерапии в таких случаях должно носить характер не эпизодических мероприятий, а системы лечебных воздействий, началом которой уже является первичный осмотр больного.

Тщательное клиническое обследование больного следует проводить при условии неуклонного соблюдения правил деонтологии и медицинской этики. При этом врачу следует постоянно помнить о возможности ятрогенных воздействий, усугубляющих клинические проявления сексуальных расстройств и осложняющих прогноз заболевания. Система психотерапии должна носить характер непрерывной цепи лечебных воздействий на личность больного, которые на различных этапах лечения реализуются при помощи разнообразных форм, способов и методик психотерапии.

Если при псевдоимпотенции и псевдофригидности в целом ряде случаев бывает достаточно провести одну или несколько разъяснительных инструктивных бесед, то при лечении реально существующих сексуальных расстройств система психотерапевтических воздействий на личность больного, а через нее и на психосоматическую корреляцию оказывается необходимой. Особенно это касается больных с первично проявляющимися сексуальными расстройствами.

Последовательность психотерапевтических мероприятий

Принципом психотерапии больных с сексуальными расстройствами является соблюдение этапности, последовательности в ее проведении, чтобы каждое лечебное занятие являлось логическим продолжением предыдущего и предпосылкой для последующего. Этим определяется не только ближайшая результативность, но и стойкость лечебного эффекта психотерапии.

Решение задач, лежащих в основе каждого этапа психотерапии, требует учета и соответствия ее методов, форм и содержания терапевтической направленности других применяемых методов лечебного воздействия (медикаментозных средств, физиотерапии, режимных рекомендаций).

Построение действенной психотерапии при сексуальных расстройствах предусматривает реализацию трех этапов.

Первый этап – формирование здоровых психологических установок. Он предусматривает проведение цикла психотерапевтических бесед, направленных на ликвидацию у больных неправильных представлений о норме и патологии половой функции, пессимистических оценок своего заболевания и перспектив, а также соответствующих этому поведенческих тенденций. Проведение психотерапии предусматривает также реализацию лечебных воздействий общего характера.

Этот этап включает активное обсуждение с пациентами:

1) анатомии половых органов, физиологии половой функции, психофизиологии и психологии сексуальной жизни человека. При обсуждении этой темы необходимо освещать вопросы о норме и физиологических колебаниях половой функции, а также о влиянии личностных особенностей людей на их половую жизнь;

2) причин половых расстройств и методов их предупреждения;

3) эффективности комплексного лечения половых расстройств и типов выхода из болезненных состояний;

4) гигиены и психогигиены половой жизни. Изложение и обсуждение указанных тем проводятся в одной или нескольких беседах, число которых определяет врач в зависимости от контингента и числа лиц, составляющих лечебную группу, а также от других конкретных условий. При этом необходимо помнить об обязательной психотерапевтической направленности изложения каждой из упомянутых тем и оптимистичности заключений и выводов.

Беседы следует начинать после предварительного обследования пациентов, включенных в лечебную группу. Знание причин и условий развития у них половой слабости или фригидности и учет их личностных особенностей позволяют использовать просветительную врачебную беседу, так называемую психотерапию рикошетом.

Второй этап психотерапии необходимо направлять на преодоление невротических реакций, которые представляют собой личностную реакцию больных на свою половую неполноценность. Указанные реакции по механизму истинных неврозов в результате расстройств функциональных взаимоотношений между корой головного мозга и подкорковой областью, а также в связи с нарушением отношений личности могут привести к вторичному срыву половой функции, замыкая таким образом порочный круг факторов, предопределивших развитие сексуальных расстройств.

Следует учитывать характерологические, типологические особенности пациентов, социально-психологическую дезадаптацию супругов, показатели самовнушаемости и внушаемости словам других людей, а также вариант проявлений, степень выраженности и характер течения полового расстройства и вторичной невротической реакции.

Заключительный этап психотерапии направлен непосредственно на восстановление и активизацию половой функции. При реализации этого этапа психотерапии надо иметь в виду, что нарушение половой функции при первичном расстройстве потенции и первичной фригидности обусловлено не только образованием ненормального условного рефлекса, нарушением нервной регуляции половой функции (при дисрегуляторной форме) или слабостью морфофункциональных структур, составляющих основу полового инстинкта (при конституционально-генетической форме), но и угасанием условных половых рефлексов в силу нарушения физиологического ритма половой активности больных.

Последний фактор, являющийся основой абстинентной формы, участвует в патогенезе всех клинических форм как первичных, так и вторичных сексуальных расстройств. Все указанные выше факторы способствуют укреплению возникающего у больных убеждения в своей половой неполноценности, что впоследствии может привести к различным нарушениям со стороны психики.

Проведение заключительного этапа психотерапии предусматривает сугубо индивидуализированный подбор лечебных методик из арсенала известных методов психотерапии и их дифференцированное применение в форме индивидуальных и коллективно-групповых занятий.

Комплексность психотерапии

Комплексность предусматривает, с одной стороны, применение комплекса психотерапевтических мероприятий с различными программами и сочетаниями методик на разных этапах психотерапии, а с другой – проведение комбинированного лечения, включающего наиболее рациональное сочетание психотерапии с медикаментозными средствами, различными методами физиотерапии, так называемыми вспомогательными средствами и режимными рекомендациями.

Следует также учесть, что при построении курса психотерапии наиболее эффективным оказывается комбинированное применение различных методов психотерапии в сонном и бодрствующем состоянии.

Разработка индивидуальных планов, схем комплексного лечения основывается на данных тщательного общего и сексологического обследования больных и предусматривает лечение не только полового расстройства, но и всех других патологических изменений в организме, которые могут играть роль патологических факторов, влияющих на клинику и течение нарушений сексуальной функции у мужчин и женщин.

Разделяющий (дифференцирующий) характер структуры психотерапии

Дифференцированный характер является одним из неперенных принципов лечения больных с сексуальными расстройствами в зависимости от:

- 1) формы полового расстройства;
- 2) особенностей проявлений;
- 3) уровня социально-психологической адаптации супругов в семье;
- 4) характера вторичных реакций, которые в значительной мере обусловлены типологическими особенностями пациентов, их возрастом, особенностями супружеских взаимоотношений в связи с расстройством половой функции у одного из них, а также неправильной осведомленностью мужчины и женщины о норме и патологии половой жизни.

При назначении психотерапии лицам, страдающим различными формами сексуальных расстройств, необходимо определить ее конкретные задачи и содержание, а также целесообразные формы ее проведения и наиболее адекватную методику реализации.

В комплексе психотерапевтических мероприятий весьма важная роль принадлежит методам лечебного самовоздействия и, в частности, аутогенной тренировке. Ее включение в комплекс активных лечебных мероприятий осуществляется после создания с помощью рациональной и других методов психотерапии физиологических и психологических предпосылок для самовоздействия с целью психологического влияния на половую функцию.

Правильное проведение аутогенной тренировки при лечении больных с сексуальными расстройствами предусматривает осуществление столь необходимых в этих случаях акций самомобилизации, самоорганизации и саморегуляции. При этом следует учесть, что аутогенная тренировка дифференцирована в зависимости от форм сексуальных нарушений, а также от характера типологических особенностей пациентов и типа вторичных невротических реакций.

Длительность психотерапии

Для курса психотерапевтического лечения, успешного и последовательного проведения этапов психотерапевтических воздействий, направленных на перестройку психологических установок больных, а также для создания и закрепления новых продолжительных условно-рефлекторных связей важна продолжительность лечения. Конкретная длительность курса психотерапии в каждом отдельном случае определяется особенностями формы, симптоматики и течения полового расстройства, а также всеми факторами, влияющими на половую функцию и характер реагирования личности больного на возникшее заболевание.

Практический клинический опыт показывает, что для достижения выраженного и стойкого лечебного эффекта наибольшая продолжительность курса психотерапии требуется лицам с мнительностью, склонным к невротическим фиксациям, а также лицам пожилого возраста в силу свойственной им инертности нервных процессов и меньшей подвижности их динамического стереотипа. Это касается больных как с первично проявляющимися сексуальными расстройствами, так и с вторичными нарушениями половой функции.

Поддерживающая (подкрепляющая) психотерапия

При закреплении достигнутого лечебного эффекта на протяжении длительного времени (от нескольких месяцев до года и даже более) необходимо использовать подкрепляющую психотерапию.

Поддерживающая психотерапия – это короткие лечебные курсы или единичные психотерапевтические занятия. Продолжительность и интенсивность поддерживающей психотерапии определяются степенью эффективности основного курса лечения, личностными особенностями пациентов и уровнем социально-психологической адаптации супругов.

При проведении поддерживающей психотерапии рекомендуется использовать те же конкретные методики психотерапевтических воздействий, которые применялись при реализации основного курса лечения и оказывали наиболее эффективное терапевтическое воздействие.

Частота проведения поддерживающих психотерапевтических мероприятий зависит от личностных особенностей пациентов, их общего состояния и особенностей межличностных отношений в семье.

Психотерапевтическая преемственность

При лечении больных с сексуальными расстройствами необходимо соблюдение преемственности в их лечении. Сексопатолог должен быть информирован в плане условий развития, функциональной диагностики и оценки сексуальной патологии, психологических установок и тенденций больного, данных объективного анамнеза, а также характера проведенного ранее лечения и его эффективности. Указанную информацию получают путем проведения официального запроса в соответствующие лечебные учреждения и получения развернутых выписок из истории болезни лиц, нуждающихся в дальнейшей сексологической лечебной помощи.

Построение соответствующей психотерапии на последнем этапе лечения должно быть основано на опыте предыдущих этапов, являться их логическим продолжением и дальнейшим ее творческим развитием.

Психотерапия дисгармонии супружеской пары

Одним из принципов действенной психопрофилактики и психотерапии сексуальных расстройств является специальная разъяснительная и инструктивная работа с каждым из супругов. Задачами специальных бесед являются:

- 1) уточнение причин и условий развития сексуальных расстройств у мужа или жены;
- 2) инструктаж по вопросам психогигиены половой жизни и правильной техники половых сношений;

3) инструктаж здорового супруга в плане его активного участия в потенцировании и опосредовании проводимых врачом лечебных мероприятий.

При решении вопросов дифференцированного лечения обычно мало учитывается тот факт, что половая функция является единственной парной функцией, в реализации которой участвуют два человека. Особенности их отношений влияют на установление психологического и физиологического диапазона приемлемости при подготовке и проведении полового акта, а также определяют качественные характеристики копулятивного цикла и половое удовлетворение обоих супругов. Это обуславливает в одних случаях создание половой гармонии, а в других – возникновение различного рода диссонансов, могущих стать причинами сексуальной дисгармонии и нарушений половой функции у мужчины и женщины.

Какими бы ни были причины нарушений мужской потенции или фригидности, их проявления, отношение супругов к сексуальной патологии и их поведение в период половой близости и вне ее, они могут играть весьма существенную роль в степени проявлений и характере протекания не только самого расстройства половой функции, но также и различных вторичных невротических реакций, которые, в свою очередь, могут усугублять сексопатологические проявления.

В то же время правильное, разумное, корректное поведение здорового супруга может способствовать угасанию невротических реакций и восстановлению сексуальной функции у заболевшего супруга.

В отдельных случаях неправильное поведение супругов, фиксирующих внимание друг на случайных неудачных половых актах, может привести к развитию псевдоимпотенции с последующей ее трансформацией (по невротическому механизму) в форму первичной импотенции.

Полноценность реализации полового акта мужчиной и женщиной находится в самой непосредственной зависимости от оценочных и поведенческих тенденций их полового партнера, что играет весьма важную роль в качестве психологического компонента физиологической программы полового акта. Именно это обстоятельство предопределяет необходимость при лечении лиц с сексуальными расстройствами наряду с индивидуальной психотерапией больного включать в систему лечебных мероприятий и проведение психотерапии супружеской пары. Она должна быть направлена на нормализацию межличностных отношений супругов и предусматривать оптимизацию диапазона приемлемости в их сексуальной жизни, в частности коррекцию поведения здорового супруга в период полового акта с учетом характерологических особенностей больного.

Психотерапия супружеской пары должна проводиться в форме дифференцированных собеседований, т. е. носить характер рассудочной психотерапии, состоящей из трех этапов: подготовительного, собственно лечебного и заключительного.

Подготовительный этап предусматривает врачебное ознакомление с каждым из супругов в отдельности. В его программу входят выяснение и уточнение целого ряда частных, характеризующих как индивидуальные особенности супругов, так и супружескую пару в целом. При реализации указанного этапа выясняются типологические особенности супругов, их темперамент, уровень социально-психологической адаптации и содержание взаимных притязаний. Следует уделить должное внимание выяснению субъективных оценок и характеристик, которые дают супруги в отношении самих себя и по отношению друг к другу. Важно выяснить оценку каждым из супругов диапазона приемлемости в реализации половой жизни и существо возникшего в этом аспекте «дефицита».

В целях построения действенной психотерапевтической коррекции, возникшей сексуальной дисгармонии и нарушенных межличностных отношений супругов несомненную значимость приобретает получение у каждого из них вербальной модели идеала своего супруга.

Указанные исследования являются необходимыми предпосылками последующих лечебных мероприятий.

Собственно лечебный этап психотерапии супружеской пары предусматривает проведение как индивидуальных бесед с каждым из супругов, так и специальных совместных психотерапевтических собеседований. В индивидуальных беседах на основе имеющихся анамнестических и клинико-параклинических данных должны проводиться психотерапевтическая коррекция возникших неправильных установок и мотивированная выработка новых здоровых установок, направленных на оптимизацию половой жизни супружеской четы.

В задачи психотерапевтических мероприятий, проводимых с участием супружеской пары, входят разъяснительные беседы, направленные на повышение информированности супругов относительно физиологической и психологической нормы половой жизни. При этом разъясняются парный характер половой функции и ее физиологические особенности, необходимость подготовительного периода с его психологическим и физическим компонентами, диапазон приемлемости в половой жизни и важность социально-психологической адаптации супругов.

Заключительным этапом психотерапии супружеской пары является проведение индивидуальных бесед с каждым из супругов. В его задачу входят выяснение и ликвидация возникающих у супругов неясностей в плане их интимных отношений, а также закрепление предпосылок создания «зоны комфорта» в супружеских отношениях.

Психотерапия супружеской пары является тем чрезвычайно важным чисто человеческим методом лечебного воздействия, который направлен на оптимизацию психологического компонента половой функции, влияющего на функционирование биологических аппаратов, реализующих физиологическую программу копу-лятивного цикла.

Использование отдельных способов для излечения психосексуальных нарушений вызывает негативную реакцию общества, на некоторых территориях – столкновение с законом (например, при демонстрации больным фотографий на эротическую тему, так как аналогичные изображения сходны с порнографией). Ярко выраженную негативную реакцию вызывает применение таких способов при одновременной терапии семейной пары или коллектива пациентов, реализованное с использованием современных средств и технологий (кино-, фото-, видео-продукции и диапроек-ции). Подобная терапия используется в некоторых сексологических школах западных государств.

В разряд таковых возмутителей общественного мнения вносят технологии, базой которых послужило применение в психотерапевтических целях заместительного партнера – специально натренированного мужчины или женщины. Заместительный партнер при индивидуальном сексуальном акте с пациентом по специальной технологии проводит тренировку пациента путем изучения действенных способов сексуального поведения либо половой акт с заместителем партнером помогает закреплению у пациента нужного терапевтического результата, как говорится, на живом примере.

Максимальный взрыв эмоций общественного мнения возникает, если маску «заместительного партнера» примеряет на себя лечащий врач.

Большой отклик вызывает и употребление в качестве заместительного партнера искусственного объекта (например, ставшей притчей во языцех «резиновой женщины»).

Использование аналогичных способов не допускается и некоторыми врачами-сексопатологами. Некоторые же другие врачи к специфической психотерапевтической практике относятся более благосклонно. Но и общественное мнение, и преобладающее большинство врачей высказываются против применения в терапии психосексуальных отклонений подобных «социально гуманных» способов, как фармакологическая кастрация или психохирургия, используе-

мых, например, при терапии сексуальных правонарушений, результатом чего является потеря людьми сексуального желания.

Стоит напомнить, что история как теоретической, так и практической медицины наполнена возражениями и противоречиями. Противоречия же в теоретической и практической сексологии всегда были очень специфичными, так как и 100 лет назад, и в наши дни очень сложно привести убедительные доказательства в пользу того или иного метода лечения. И совсем уж сложно доказать, привело ли применение данного метода лечения к улучшению состояния пациента, а не к улучшению жизни, увеличению спокойствия сексопатолога или реализации его прочих индивидуальных потребностей.

Нам кажется, что использование того или иного способа терапии, если данный способ продиктован только желанием пользы для пациента, необходимо доверять целиком и полностью лечащему врачу. А решать, принес ли тот или иной метод терапии ему пользу, будет только пациент.

Врач и пациент разнесены по разные стороны психотерапевтического метода, но, однако, представляют собой и нерушимую терапевтическую пару, которая обозначает в результате эффективность терапии, назначенной лечащим врачом. Только эти люди могут обладать правом выбора способов, которые приведут их к нужному результату.

Однако в первую очередь, естественно, решать должен пациент, так как терапия может воздействовать не только и не столько на индивидуальность пациента и личную жизнь, но и на семейные, партнерские и прочие социальные связи.

ЧАСТЬ 2 ПАРАФИЛИИ. МЕТОД ПСИХОТЕРАПИИ

ГЛАВА 5. СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

ВУАЙЕРИЗМ

Термин «вуайеризм» произошел от французского слова *voyeurisme*, что в переводе на русский означает «подсматривать», «подглядывать». К синонимам вуайеризма относятся следующие:

- 1) визионизм;
- 2) скопофилия;
- 3) скоптофилия;
- 4) миксоскопия.

Вуайеризм – это вид полового извращения, в основе которого лежит влечение к разглядыванию половых органов или наблюдению за половыми актами, которые совершаются другими людьми. Только при этом возникают сексуальное возбуждение и половая разрядка. Стремление подглядывать за половыми актами или обнаженными половыми органами взрослых отмечается у многих детей дошкольного возраста, в предпубертатном возрасте такое влечение обнаруживается у каждого третьего мальчика и примерно у каждой двадцатой девочки. Особенно это характерно для детей, которые лишены должного сексуального воспитания в семье, для тех, кому трудно найти общий язык в общении со сверстниками. Некоторые психологи считают, что укоренению наклонностей к вуайеризму способствуют неумение устанавливать контакты с людьми противоположного пола и яркое и долгое воспоминание в еще несформировавшейся психике ребенка увиденной сцены интимной близости. К разновидностям вуайеризма, безусловно, относятся:

- 1) увлечение стриптизом;
- 2) увлечение варьете;
- 3) частые посещения различного рода эротических шоу;
- 4) увлечение порнофотографиями.

Увеличение числа пациентов у сексопатологов произошло после внедрения на рынки огромного количества порнографической видеопродукции. Такие люди, особенно мужчины, оказываются неспособными без подобного дополнительного стимула совершать половые акты, так как эрекция и эякуляция достигаются в основном от наблюдения за сексом на телеэкране, а не от интимной близости с реальной партнершей. Порой непреодолимое желание увидеть запретное провоцирует такого человека, например, на подсматривание в окна больниц, женских общежитий, туалетов, бань.

И хотя все же подавляющее большинство вуайеристов способны к совершению нормальных половых актов, но подсмотренная сцена и последующая за этим мастурбация приносят им гораздо более сильное наслаждение. Остроты чувств вуайеристу добавляют еще и анонимность присутствия при интимных сценах и сильное опасение быть застигнутым за этим занятием.

ЭКСГИБИЦИОНИЗМ

Термин «эксгибиционизм» произошел от латинского слова *exhibeo*, что в переводе на русский означает «выставлять». Эксгибиционизм – это достижение полового удовлетворения во время демонстрации половых органов лицам противоположного или своего пола. При этом сексуальной близости с ними не возникает. Встречается преимущественно у мужчин. Хотя некоторые психиатры считают, что женщины, занимающиеся профессиональным стриптизом, имеют некоторые эксгибиционистские наклонности. Им нравится осознавать, что ими любуются и восхищаются. А вот для мужчины-эксгибициониста главной желаемой реакцией является испуг женщины, ее шок. Именно для этого они специально прячутся в укрытия, появляются внезапно, распахивают плащ или пальто, демонстрируя при этом половой член, находящийся в состоянии эрекции. При этом у мужчин наступает очень сильное половое возбуждение, причем иногда это заканчивается психическим оргазмом. Очень часто демонстрация сопровождается мастурбацией. Многие женщины столкнулись с таким явлением в общественном транспорте в час пик. Причем для мужчин с садистскими наклонностями ожидаемыми и возбуждающими реакциями являются страх и чувство стыда у женщин, а у мазохистов возбуждающими являются ощущения собственного унижения, стыда или страха перед наказанием.

Эксгибиционизм является одним из самых распространенных извращений. Это психическое заболевание составляет около 25–30 % всех случаев сексуальных извращений. Пожалуй, можно даже сказать, что он наиболее обсуждаем, он привлекает внимание больше, чем все остальные извращения вместе взятые. Это имеет, конечно, свое объяснение. Дело в том, что остальные извращения скрываются, маскируются от людских глаз, а эксгибиционисты не только не прячутся, а выставляют свою болезнь напоказ. Их поведение носит демонстративный характер. К тому же мы все, конечно, слышали о зоофилии, некрофилии, педофилии. Но многие ли из нас видели таких людей, извините за выражение, «живьем»? Нет, вот и я о том же. А теперь спросите любую женщину, и, скорее всего не найдете ни одну, которая не столкнулась бы с эксгибиционизмом в жизни.

Отношение общества к эксгибиционистам претерпевает в настоящее время существенные изменения. Если еще в недалеком прошлом правильным считалось изолировать извращенцев от общества в места заключения, то сейчас мы стали гораздо терпимее к ним. Это происходит в основном потому, что многие перестали считать эксгибиционистов опасными для общества. Все чаще их называют неопасными безумцами, импотентами, неспособными к половой жизни, одинокими и странными. Если раньше их пугались и убегали от них, то сейчас их делают объектом насмешек и издевательств.

Каковы же причины, которые приводят к развитию эксгибиционизма? Как мы уже говорили, всех эксгибиционистов можно условно подразделить на группы по их садомазохистским наклонностям. Итак, рассмотрим эти группы.

1. Те, которые обнажаются для того, чтобы вызвать ужас, возмущение и испуг, являются эксгибиционистами с садистскими наклонностями, они пытаются произвести впечатление величиной своего фаллоса, т. е. болезнь развивается на основе генетической предрасположенности, подкрепленной величиной половых органов.

2. Те, которые хотят увидеть презрение и ненависть со стороны окружающих, являются эксгибиционистами с мазохистскими наклонностями. Такие мужчины, как правило, обладают маленьким членом и, соответственно, очень комплексуют по этому поводу.

3. Те, которые испытывают панический страх перед половой связью с женщиной и поэтому выбирают эксгибиционизм как наиболее безопасную для них форму сексуальной деятельности, поскольку она не заставляет непосредственно общаться с женщиной, но при этом

приносит сексуальное удовлетворение. Некоторые врачи объясняют поведение эксгибициониста проявлением комплекса кастрата, или психосексуального инфантилизма.

4. Те, которые имеют различные психические заболевания. Благодаря многочисленным исследованиям стала более напряженной личность эксгибициониста. Вот ее характерные черты:

- 1) робость в обычной жизни;
- 2) неуверенность в себе;
- 3) чрезмерная стыдливость;
- 4) подверженность частым сменам настроения;
- 5) эмоциональная неустойчивость;
- 6) заторможенность;
- 7) трудности в установлении контактов с новыми людьми;
- 8) чрезмерная идеализация образа женщины;
- 9) воспитание в неполной семье, т. е. отсутствие отца и наличие сильной, даже деспотичной матери;
- 10) чрезмерная опека в детстве.

Затруднения в общении с женщинами приводят к формированию комплекса, поэтому они, как правило, держатся от них на расстоянии. Такие мужчины даже не думают вступить в нормальный половой акт с женщиной.

Среди всех остальных можно выделить такую группу извращенцев, которые занимаются эксгибиционизмом и при этом живут обычной половой жизнью. Разумеется, такое дополнение к обычной сексуальной жизни тоже является психическим отклонением и возникает благодаря наличию определенных предпосылок. Как правило, это происходит с мужчинами, которые, чувствуя себя поработанными собственными матерями, а потом женами, в результате проявляли стремление к власти, хотя бы в половой сфере.

Имеются и такие истории. Партнерша не испытывает сексуального удовлетворения от секса с мужчиной, не скрывает этого, а иногда и открыто его в этом упрекает. У такого мужчины возникает комплекс вины. Справиться с этим он может, только демонстрируя свой пенис другим женщинам; таким образом мужчина повышает свою самооценку и уверяет сам себя в собственной мужественности.

Чаще всего эксгибиционизм проявляется в возрасте 25–30 лет. Примечательно, что треть таких мужчин находятся в законном браке с женщинами.

А теперь необходимо сказать о том, кому же адресуют свои «выступления» эксгибиционисты. Они, как правило, показываются перед:

- 1) в 37,5 % случаев – зрелыми женщинами;
- 2) в 20 % – девочками или созревающими девушками;
- 3) в 12 % – детьми в возрасте до 10 лет;
- 4) в 22,5 % – пожилыми женщинами.

На это влияет целый ряд факторов:

- 1) доступность объекта;
- 2) сочетание с другими извращениями, такими, например, как педофилия или геронтофилия;
- 3) наличие проблем в сексуальных контактах с другим полом.

Итак, эксгибиционисты раздеваются, для того чтобы:

- 1) добиться сексуального удовлетворения, разрядки, оргазма.
- 2) вызвать к себе интерес женщины;
- 3) разбудить женщину в сексуальном отношении, т. е. подтолкнуть ее к вступлению с ним в интимную связь.

Это приводит к тому, что эксгибиционисты очень трепетно относятся к женской мимике, жестам, реакциям, словам, поведению. Поэтому, если женщина агрессивна, то они в страхе убегают и прячутся. Но и это способно принести некоторым из них определенную положительную энергию.

Есть такие, которые именно от этого возбуждаются и получают сексуальную разрядку. Самым страшным и неприятным исходом своей демонстрации для эксгибициониста является полное безразличие женщины. В таком случае они теряют желание обнажаться, у них пропадает возбуждение, сексуальной разрядки не наступает.

Сексуальные реакции эксгибиционистов бывают очень разными:

- 1) довольно быстрое возникновение ощущений, которые предшествуют оргазму;
- 2) возникновение только эрекции, оргазм возникает после длительной мастурбации;
- 3) мастурбация бывает только по возвращении домой, когда они и начинают вспоминать и фантазировать на тему недавних событий.

Но вот только если женщина проявила к эксгибиционисту интерес, то оргазм, как правило, возникает на месте.

Бывает даже такое, что жена эксгибициониста не догадывается о наклонностях своего мужа. Он ведет при этом нормальную половую жизнь, поэтому-то у жены и не возникает никаких подозрений насчет его ненормальности. Конечно, рано или поздно жена узнает правду о своем муже. Ее реакция обусловлена шоком. Она не захочет верить в то, что близкий ей человек психически нездоров. Возможны следующие реакции:

- 1) проявление агрессии и злобы;
- 2) желание забыть об этом и отсутствие разговора с мужем на эту тему, из-за боязни опозорить свою семью и себя в том числе;
- 3) страх за детей и их обледование детей при мысли о передачи порока им по наследству.

К счастью, большинство из них начинают также думать о том, как помочь мужьям, уговаривают их пойти к сексологу или психиатру. Ведь такие мужчины, как правило, очень добрые, спокойные мужья, мягкие, заботливые и любящие отцы. К тому же они не отличаются какими-либо нарушениями в сексуальной сфере. Любовь к мужу заставляет жену ему помочь, хотя само извращение причиняет ей довольно сильную боль. А вот еще один плюс мужей, страдающих эксгибиционизмом: они практически никогда не изменяют своим женам.

Лечение, которое может помочь эксгибиционисту:

- 1) длительная психотерапия, причем в тренингах принимает участие не только эксгибиционист, но и его жена;
- 2) фармакотерапия.

А идеальным вариантом лечения, конечно, является сочетание этих двух способов терапии.

Рассмотрим последствия эксгибиционистского поведения.

У некоторых женщин эксгибиционисты вызывают шок, который может оказать отрицательное влияние на ее собственную сексуальную жизнь и на отношение к мужчинам. Можно сказать, что, чем моложе «жертва» эксгибициониста, тем вероятнее то, что он оставит след в ее психике на всю жизнь. Но, к счастью, для большинства женщин встреча с эксгибиционистом оказывается просто неприятным эпизодом, который быстро улетучивается из памяти.

Еще можно выделить такое извращение, как вербальный, т. е. словесный, эксгибиционизм. Такие мужчины получают удовольствие от нашептывания интимных вещей и пошлостей на ухо женщине. Также эксгибиционистам с мазохистскими наклонностями нравится выслушивать это от женщины. Чаще всего это происходит по телефону, когда мужчина звонит незнакомой женщине и говорит на темы, способные вызвать у него сексуальное возбуждение. При этом он мастурбирует и достигает оргазма. Словесный эксгибиционизм может сочетаться с обычным эксгибиционизмом. Как возрастную норму тенденцию к эксгибиционизму можно

обнаружить у 5 % детей дошкольного возраста и менее чем у 1 % детей раннего школьного возраста. В детском возрасте демонстрация половых органов полностью лишена сексуальной окраски, она продиктована лишь любопытством и стремлением узнать, как устроено тело у детей противоположного пола. Однако при нарушении сроков психосексуального развития, особенно если имели место психические заболевания, демонстрация гениталий иногда все же сопровождается сексуальным возбуждением и оргазмом. Ощущения удовольствия у таких детей прочно ассоциируются с демонстративным обнажением. Это закрепляется, формируя в дальнейшем эксгибиционистские наклонности.

Необычайно яркий оргазм может наступить и в тех случаях, когда взрослые застают ребенка за мастурбацией. Такая ситуация, когда другие люди увидели обнаженные половые органы подростка, может послужить началом, своеобразным пусковым механизмом в формировании эксгибиционизма, и так, даже повзрослев и начав вести нормальную половую жизнь, человек способен достичь наиболее интенсивного оргазма.

Клинический пример проявления эксгибиционизма.

Геннадий Н., 25 лет. Образование незаконченное среднее, рабочий. Не женат. Отец злоупотреблял алкоголем, родители разошлись, когда больному было 12 лет. Мать алкоголем не злоупотребляет, работает уборщицей.

С раннего детства отставал в психическом развитии от сверстников. Поздно начал говорить – отдельные слова произнес в 3 года, фразовая речь появилась в 5 лет. В обычную школу его не взяли, учился во вспомогательной. Закончил 6 классов. Живут вдвоем с матерью в коммунальной квартире. Ночные поллюции с 15 лет, с этого времени занимался мастурбацией. Половой жизнью никогда не жил, влечения к сверстницам никогда не было.

В 16 лет, когда он принимал душ и мастурбировал, в ванную неожиданно вошла соседка, так как он забыл запереть дверь, а она подумала, что ванная свободна. Увидев обнаженного мастурбирующего Геннадия, она замерла в немом ужасе на месте, не в силах вымолвить ни слова, потом завизжала и бросилась прочь. А Геннадий испытал сильный оргазм.

В следующий раз он сам неожиданно вошел в комнату соседки с расстегнутыми брюками, мастурбируя, а когда она стала кричать и ругаться, у него опять был сильный оргазм. Соседка стала постоянно запирается в комнате, пожаловалась матери Геннадия, та его сильно побила, но он от своей привычки не отказался.

Мог часами сидеть в полутемном коридоре за шкафом, поджидая соседку, и как только она появлялась, неожиданно выскакивал, демонстрируя ей эрегированный половой член, и чем больше она визжала, кидаясь в него первыми попавшими под руку предметами, тем сильнее были его ощущения.

Однажды после такого случая соседка вызвала милицию, его забрали в отделение и там здорово побили, предупредив, что если он не прекратит свои пакости, они его кастрируют.

Испугался и оставил соседку в покое. По вечерам бродил по улицам, приглядел несколько темных переулков с единственным фонарем, прятался в темноте, а как только слышал вдали стук каблучков женщины, которая шла одна, возникала эрекция. Когда женщина приближалась к нему, неожиданно выскакивал на свет фонаря и демонстрировал ей свой эрегированный член.

Боялся, что его поймают и опять побьют, поэтому в одном и том же месте два дня подряд не появлялся, а в следующий раз подкарауливал женщин в другом переулке. Иногда проделывал это в лифте. Специально разрезал брюки, чтобы сильнее оголяться, и носил их на подтяжках, чтобы они не спадали, будучи расстегнутыми, а сверху в любую погоду носил плащ.

Однажды на крик перепуганной женщины прибежали мужчины. Геннадий пытался убежать, но его догнали, побили и с сильными ушибами госпитализировали в больницу, а когда выяснилось, что серьезных повреждений у него нет, перевели в психиатрическую больницу.

Эксгибиционисты, как правило, безвредны, абсолютно не стремятся к насилию, даже если для этого есть все шансы. Они наслаждаются испугом женщины, получая при этом психологический оргазм. Поэтому помните, что самые лучшие способы защиты от эксгибициониста, особенно если он докучает вам постоянно, – это не оскорбления и возмущение его поведением или громкие призывы о помощи (это его только подзадоривает и усиливает сексуальное возбуждение), а безразличие. В таких случаях скорее всего он оставит вас в покое раз и навсегда.

ЗООФИЛИЯ

Зоофилия имеет несколько синонимов. Хотим ознакомить вас с ними, так как они встречаются в литературе. Итак, синонимами термина «зоофилия» являются следующие:

- 1) бестиализм;
- 2) зооэрастия;
- 3) бестиофилия;
- 4) зооэратия;
- 5) скотоложство;
- 6) содомия.

Что же означают все эти термины? А означают они сексуальное извращение, в основе которого лежит половое влечение к животным и получение удовлетворения (вплоть до оргазма) от сексуального контакта с ними. Считается, что данное извращение, как правило, в большинстве своем распространено в тех районах, где имеются два следующих постоянных условия:

- 1) длительное нахождение мужчин без женщин, т. е. невозможность совершить нормальный половой акт;
- 2) постоянное наличие в этом районе большого количества животных.

Второстепенными факторами возникновения зоофилии можно выделить следующие:

- 1) обычаи в странах и у народностей, где строго караются добрачные связи и неверность женщин, т. е. там, где юноши и девушки могут начать половую жизнь исключительно после вступления в брак;
- 2) наличие нелюбимой жены или мужа, неспособного удовлетворить в сексуальном плане;
- 3) страх или отвращение к противоположному полу, например, у одиноких женщин;
- 4) склонность к любым сексуальным извращениям, т. е. способность удовлетворять свои половые потребности с любым доступным в данный момент эротическим объектом, включая животных;
- 5) любопытство, спровоцированное порнографией, изображающей совокупление с животными;
- 6) одержимость болезненным, непреодолимым желанием попробовать все, ощутить весь возможный спектр сексуальных наслаждений;
- 7) влечение к животному как отголосок каких-то детских впечатлений.

Поэтому можно сказать, что в подавляющем большинстве случаев зоофилия является заместительным извращением. Как правило, в таких случаях у человека не возникает стойкого, непроходящего полового влечения к животному. Контакты сексуального плана с животными прекращаются сразу же, как только появляется возможность вступить в нормальный половой контакт. Чаще зоофилия характерна для мужчин – они вступают в сексуальный контакт с козами, овцами, ослицами, кобылицами, коровами. Считается, что среди женщин зоофилок гораздо меньше, чем среди мужчин. И если связь с животным у мужчин протекает как обычный половой акт, то у женщин имеет место куннилингус, как правило, с собаками и кошками и только в редких случаях это имеет вид полового акта. Правда, все же известны случаи, когда

женщины обучали своих домашних собак вагинальным половым сношениям и в последующем регулярно вступали со своими питомцами в подобную связь.

Зоофильные мотивы можно встретить еще в давних-давних мифах и преданиях, причем относящихся к совершенно разным культурам. Это говорит о том, что зоофилия существовала всегда, а не является порождением нашего порочного времени. Вот вам пример из греческой мифологии. Главным примером может служить история любви Зевса к Европе и Леде. Европа, которая просто прекрасна, влюбила в себя Зевса, который ради нее превратился в снежно-белого быка, и, конечно же, понравился Европе. Он показался ей добрым и кротким, она начала играть с ним. Потом решила покататься, взобралась к нему на спину и, можно сказать, пропала. Зевс бросился в море, доплыл до острова, превратился в орла и изнасиловал Европу. В случае с Ледой, которая была законной женой Тендарея, Зевс превратился в лебедя и вступил с ней в сексуальную связь. После этого Леда родила яйцо, из которого вылупилось трое детей. Еще в Ветхом завете описано, как Бог покарал жителей Содомы за грехи. В состав этих грехов входило и совокупление с животными. Именно так возник термин «содомия», который является одним из обозначений зоофилии. Законы Моисея предрекали смертную казнь тем, кто решится вступить в сексуальный контакт с животными.

По словам Плутарха, женщины в Менделе страдали зоофилией, вступая в связь со священным козлом. А вот, например, китайки с древних времен испытывали склонность к гусям. Причем зоо-филический акт сопровождался убийством, во время секса китайцы отрезали птицам головы, чтобы усилить наслаждение смертельными судорогами жертвы. В Древней Персии солдаты в походах специально гнали за собой стада животных. В разгар сифилиса, далеко от жен и постоянных партнерш такие контакты считались более предпочтительными, чем связи с больными проститутками. Согласно древним иудейским законам половые контакты человека с животным карались смертной казнью, причем без суда и следствия, сразу же за увиденным половым извращенным актом. В эпоху Средневековья человека, страдающего зоофилией, казнили вместе с животным, с которым был совершен акт. Половые отношения между христианами и иудеями также некоторое время считали скотоложством, а в Южной Африке животными считали негров, следовательно, сексуальная связь с ними тоже наказывалась.

В современном обществе зоофилия уголовно не наказуема, тем не менее она осуждается почти всеми по моральным соображениям.

Сексолог Э. Кинги даже писал, что 22,4 % мужчин и 5 % женщин признали в своем прошлом сексуальные контакты с животными, причем пик активности приходился на 12–15 лет. Они использовали животных в качестве временного способа удовлетворения своих половых потребностей и снятия сексуального напряжения.

Во многих литературных произведениях, причем относящихся к разным народностям, мы встречаемся с явлениями зоофилии, свидетельствующие о том, что она существовала всегда, причем совсем не являясь редкостью. Из разных источников можно узнать, что на Земле практически не осталось животных, которых человек не использовал в сексуальных целях. Мартин Шуринг в XVIII в. издал книгу «Гинекология». В этой книге он привел список животных, с которыми люди вступали в сексуальные контакты. В этом списке представлены следующие животные:

- 1) кошки;
- 2) собаки;
- 3) овцы;
- 4) козы;
- 5) куры;
- 6) гуси;
- 7) утки;
- 8) лошади;

- 9) рыбы;
- 10) медведи;
- 10) обезьяны;
- 11) ослы;
- 12) змеи.

Французский писатель О. Мирбо в «Путешествии неврастеника в баню» написал историю, в которой он рассказал о принцессе Караньин, которая испытала страсть к жеребцам.

Многие сексологи и по сей день считают зоофилию умственной отсталостью, т. е., по их мнению, это заболевание характерно для психически больных, страдающих наследственной неполноценностью. Она свойственна тем, кто работает с животными и привык удовлетворять с ними свои сексуальные потребности. В середине XX в. было опубликовано статистическое исследование сексолога Э. Кинзи, в котором было сказано о том, что примерно 6 % обследованных мужчин до 20 лет имели зоофильный опыт. В настоящее время людей, хотя бы один раз имеющих сексуальный контакт с животными, стало гораздо больше. Именно поэтому зоофилии сейчас уделяется такое внимание. Считается, что чаще других в сексуальный контакт с животными вступают животноводы или фермеры. Этому способствуют следующие моменты:

- 1) нарушения психики;
- 2) алкоголизм;
- 3) кастрационный комплекс;
- 4) патологическое чувство собственной неполноценности в сексуальной роли;
- 5) детские психотравмирующие моменты, т. е. ситуации, когда впервые ребенок ощутил сексуальное возбуждение при виде спаривающихся животных.

Зоофилия, как и любое другое заболевание, имеет несколько степеней интенсивности.

1. Скрытые, или подсознательные, зоофильные наклонности. Они проявляются в виде эротических снов и несексуальных контактов с животными. Эти контакты приносят удовольствие, но несколько отличное от сексуального. Некоторым женщинам очень приятно кататься на лошади верхом, у них при этом поднимается настроение, возникает приятное возбуждение. Это, в принципе, имеет некоторое объяснение. Нахождение в седле, трение половыми органами настраивает на определенный лад некоторых женщин, вызывает у них разного рода сексуальные фантазии. И даже во время нормального полового акта со своим партнером ей требуется мысленно представлять себе картины спаривания лошадей, но сама в своих фантазиях она еще вступает в связь только с человеком. Для людей с такой интенсивностью зоофилии характерно то, что сильнее всех других сюжетов их возбуждает порнография зоофильного содержания. Возникающие при ее рассматривании впечатления они приносят в свою половую жизнь. Но на данном этапе во многих случаях картина зоофилии еще очень расплывчата, это еще не повод для беспокойства, не повод считать, что заболевание уже имеется.

2. Явные зоофильные наклонности. Проявляются в мастурбации при сексуальных фантазиях о животных, причем сам человек является активным участником зоофильных контактов. При нормальном половом акте с партнером его или себя он мысленно ассоциирует с животным.

3. Зоофильная мастурбация. Проявляется в использовании животных для полового возбуждения путем прикосновения животных к половым органам. Возбуждение, как правило, настолько велико, что человек почти всегда достигает оргазма. Чаще зоофильная мастурбация встречается у женщин, которые с помощью специальной дрессировки приучают своих домашних животных, преимущественно кошек и собак, совершать необходимые для этого действия.

4. Зоофилия как замещающий элемент сексуального поведения. Это относится к лицам, которые эпизодически вступают в сексуальные контакты с животными, объясняя это отсутствием возможности сожительства с нормальным партнером. Животное служит здесь заменой человека.

5. Зоофилия как поведение, которое сопровождает другие сексуальные извращения, например садизм.

6. Зоофилия как полномасштабная постоянная извращенная форма сексуального поведения. При такой степени интенсивности зоофилии сексуальные контакты с животными служат основным, даже, можно сказать, единственным источником достижения сексуального удовлетворения.

В последних трех случаях зоофильные контакты проявляются в анальных, оральных или вагинальных контактах с животными соответственно. Самое удивительное, что разнообразие вариантов подобных контактов при этом просто безгранично.

В кабинетах сексологов зоофилия чаще всего выявляется только в ходе судебного разбирательства, довольно редко с просьбой о лечении обращается сам больной: он хотел бы создать семью, вступить в нормальные отношения, но не может самостоятельно избавиться от своего порока. Если сравнивать зоофилию с другими извращениями, то она относится к наиболее скрываемым: как правило, все зоофилы считают это крайне постыдным занятием. Именно поэтому в ней с большой неохотой признаются даже врачу, ведь не секрет, что она рассматривается как болезненная страсть, которая унижает человеческое достоинство, опускает человека до уровня животного. Кроме того, имеется опасение вызвать у собеседника шок и отвращение к себе.

Зоофилия, как мы уже говорили, наиболее часто встречается в сельскохозяйственных и животноводческих районах. Люди предпринимают следующие действия:

- 1) мастурбирование животного-самца;
- 2) принуждение теленка к совершению фелляции;
- 3) куннилингус с домашним животным, таким как кошка или собака;
- 4) вагинальный коитус с животным-самкой и пр.

Хочется отметить, что чувство вины, которое возникает почти у всех зоофилов, способно вызвать тяжелые случаи тревожности. Поэтому определенная роль в лечении зоофилии принадлежит ослаблению негативных мыслей у пациента путем убеждения в том, что такие действия довольно распространены среди фермерского населения. А также пациенту следует внушить то, что отклонения от нормы сексуального поведения в детстве и юности встречаются в жизни многих людей, но в конечном счете они достигают удовлетворительного гетеросексуального приспособления.

Можно привести следующий случай из практики знаменитого американского сексолога: «Я лечил молодого человека 26 лет, холостого, который был направлен на психоаналитическое лечение из-за жалоб на желудок. Большую часть жизни он провел на ранчо, и только незадолго до лечения переехал на восток США. Вначале он не хотел раскрывать какие-либо подробности своей сексуальной жизни. Однако позднее сообщил, что его язва желудка могла быть вызвана чувством вины за сексуальные прегрешения. Он полагал, что причинил себе непоправимый вред вследствие своих сексуальных контактов с коровами. Он часто мастурбировал и предавался фантазиям зоофилии. После лечения пациент достиг удовлетворительного гетеросексуального приспособления, женился и стал отцом ребенка. У него нет каких-либо рецидивов расстройства желудка, и он утверждает, что более не страдает от невротических состояний тревожности».

А вот еще один случай из практики этого же доктора, рассказанный пациентом: «Помоему, мне было лет 13, когда я имел контакт с животными. Я не раз видел, как наши коровы в жару гоняли друг друга по пастбищу и запрыгивали друг другу на спины. Это возбудило меня. Поэтому я один раз решился попробовать и засунул пенис в половые органы коровы. Я делал это, стоя на стуле и имея половой акт с коровой. Хорошо помню, что половые органы были влажные и горячие, и я очень быстро достиг эякуляции. Я проделывал подобное в течение трех или четырех месяцев, а затем прекратил. Я полагаю, причина заключалась в том, что мачеха

однажды чуть не поймала меня за этим занятием и сказала, что хотела бы знать, чем я столь долгое время занимаюсь в коровнике. Это напугало меня, и я перестал так поступать.

В другой раз я засунул свой пенис в рот теленку, и он стал его сосать. И это столь сильно возбудило меня, что я эякулировал. Я проделывал это несколько раз, но однажды теленок стал бодать меня, и это отбило у меня охоту попробовать еще раз. В том же году, в возрасте 13 лет, я стал мастурбировать своего пса. Это началось, когда однажды поблизости оказалась сучка, и у кобеля началась эрекция, вот мне и захотелось посмотреть, не может ли он, как и я, достигать эякуляции. Я продолжал проделывать это с кобелем примерно с год, с частотой один-два раза в месяц. Я не припомню, чтобы пес когда-либо достигал эрекции от моих манипуляций. Все же это каким-то образом притягивало меня».

Эти примеры приведены специально для того, чтобы вы могли на наглядных случаях реально представить развитие такого патологического состояния психики, как зоофилия.

Сексуальные контакты с животными, подобные этому, далеко не редкость среди детей, которые выросли на ферме. Для большинства из них это извращение носит временный характер, поэтому считается псевдоизвращением. При возможности полового удовлетворения нормальным путем сексуальные контакты с животными прекращаются.

Некоторые женщины, недовольные своей сексуальной жизнью, не могут проделать оральный контакт самостоятельно, проще говоря, они не могут дотянуться языком до собственных эрогенных зон – они начинают использовать для этой цели животных. Женщины приучают котенка, щенка или даже уже взрослую кошку или собаку лизать клитор и малые половые губы – как правило, женщина при этом достигает оргазма. В литературе представлены случаи лизания половых органов женщины обезьянками, телятами и даже коровой.

Иногда для совершения полового акта животных специально дрессируют. В последнее время среди материально обеспеченных, одиноких, не удовлетворенных своей сексуальной жизнью женщин стало популярным заводить специально выдрессированных крупных кобелей. В этих случаях зоофилия сводится к орально-генитальным контактам, а кобели поставляются специальными службами, где они прошли специальную подготовку.

Вот пример женщины, которая специально приучила свою собаку удовлетворять себя: «Ирина, 37 лет, замужем, детей нет, образование высшее, работает в банке. В сексуальных контактах с мужчинами полностью разочаровалась, и в последние годы у нее нет любовников, хотя ей постоянно оказывают знаки внимания многие мужчины.

В последние 5 лет приучала собаку ротвейлера лизать половые органы. Собака любит сладкое, и вначале хозяйка мазала свои половые органы сладким сиропом или вареньем, потом собака приучилась и без сладкого. Ирина испытывала гораздо более сильный оргазм, чем при мастурбации. Однажды, когда у собаки были щенки и она не стала вылизывать свою хозяйку, та наказала ее плеткой. В следующий раз собака зарычала на нее и оскалилась. На некоторое время хозяйка оставила ее в покое, а когда раздала щенков, решила, что собака уже успокоилась, и вновь пыталась заставить себя вылизывать, показав ей плетку. Собака искусала ее: укусы в области бедер, рук, лица очень глубокие. Больная была госпитализирована в травматологическое отделение больницы, но по ночам кричала, в ужасе вскакивала, так как ей снились страшные сны о том, что собака вновь на нее напала, и из-за страха и депрессии сама попросила о переводе в психиатрическую больницу». Из этого примера видно еще и то, что у зоофилов всегда имеются психические расстройства, которые обязательно рано или поздно проявляются.

А вот некоторые письма, с которыми люди обращаются за помощью, стесняясь прийти и попросить ее, глядя доктору в глаза.

1. «Когда мне было 15 лет, я стала вступать в сексуальные контакты с мужчинами. Имела их много, но это меня не удовлетворяло. Потом подруга посоветовала завести собаку. Купила

собаку и тогда стала испытывать оргазм. Иногда по-прежнему вступаю в сексуальные контакты с мужчинами, но собаку в это время закрываю в ванной, так как она ревнует».

2. «Пишет вам 24-летний парень. Живу в деревне, молодежи нет, одни бабки да старики. После армии начал вступать в сексуальные отношения с животными – овцой, собакой, свиньей, коровой».

3. «Пишу вам, потому что у меня маленькая проблема, хотя „маленькая“ – это слишком мягко сказано. Живу в большом городе, мне 26 лет, женат, трое детей (сыну 6 лет, первой дочери 1,5 года, второй – 3 месяца). В сексуальной жизни с женой раньше все было нормально, а теперь мы завели собаку породы ньюфаундленд – суку Дотти, сейчас ей 4 года. В октябре у нее началась течка, и я почувствовал к ней какое-то странное влечение. При виде Дотти стал постоянно возбуждаться, и меня тянуло к ней. И вот один раз, когда жена ушла в магазин, а дети спали, я взял Дотти и закрылся с ней в своей комнате. Я разделся и попробовал заняться с ней сексом. Сначала она отходила от меня и даже рычала, но потом все пошло нормально. Со своей собакой я достиг наивысшей точки оргазма. Такого даже не испытывал со своей женой. И с тех пор я просто охладел к жене, она стала подозревать, что у меня появилась любовница, начались скандалы. Хочу избавиться от странного влечения, но не могу».

САДОМАЗОХИЗМ

Садомазохизм базируется на сексуальной активности, которая непременно включает причинение боли или унижения. Если человек желает быть подверженным такого рода стимуляции для достижения возбуждения, это называется мазохизмом; если же он предпочитает быть исполнителем – садизмом. Часто человек сочетает в себе два этих качества, т. е. он получает сексуальное удовлетворение как от садистской, так и от мазохистской активности.

Иногда некоторые проявления садомазохизма применяются для усиления нормальной сексуальной жизни. Об этом можно говорить, только если такие действия используются не часто, а не тогда, когда садомазохистская активность является наиболее значительным источником сексуальной стимуляции или необходима для сексуального удовлетворения.

Сексуальный садизм подчас бывает трудно отличить от проявлений в интимной близости жестокости или гнева, не связанных с половым чувством. Диагноз может легко устанавливаться там, где насилие необходимо для эротического возбуждения и испытания оргазма.

Вот несколько примеров, о которых рассказал известный психиатр.

1. «Учитель, 30 лет, в возрасте 10 лет случайно увидел, как соседка опустила штанишки своей 5-летней дочери и отшлепала ее по обнаженным ягодицам. Эта сцена вызвала у мальчика сильное половое возбуждение. С этого времени он стал заниматься мастурбацией, представляя себе, что кладет к себе на колени раздетую девочку, зажимает ее ноги своими ногами, одной рукой держит ее голову (т. е. приводит в состояние полной беспомощности) и второй рукой бьет по ягодицам. Сам он по характеру робкий, застенчивый, неуверенный в своих силах. Никогда садистских действий не совершал. Ему был поставлен диагноз „сексуальная девиация“, т. е. извращение, в виде садизма (садистская ориентация)». Такому человеку в обязательном порядке требуются психотерапия, самостоятельная тренировка сознания, а также занятие спортом.

2. «Рабочий, 30 лет, направлен на экспертизу в связи с обвинением в истязаниях жены и угрозах в ее адрес. Состоит в браке 4 месяца. Окончил 4 класса и перестал посещать школу. По характеру вспыльчивый, гневливый. Отец жестоко наказывал за непослушание. Мастурбация с 12 лет, половая жизнь с 19 лет. Иногда бывали эротические фантазии о том, что он насилует женщину. Первый брак в 26 лет, жена вскоре оставила его. Видимо, был с ней груб. Во время половой близости больного охватывает желание кусать партнершу, сжимать ее грудные железы,

шею, причинять ей боль. Сам при этом, словно в неистовстве, стонет. Ему был поставлен диагноз „садизм у психопатической личности из группы возбудимых“».

ФЕТИШИЗМ

Термин «фетишизм» произошел от французского *fetich*, что в переводе обозначает «идол» или «талисман». Сам термин «фетишизм» имеет ряд синонимов:

- 1) идолизм;
- 2) сексуальный символизм;
- 3) парциализм сексуальный.

Фетишизм – это сексуальное извращение, которое проявляется в сексуальном влечении к различным одушевленным и неодушевленным предметам. Это могут быть части тела или элементы одежды. По-видимому, фетиш у психически больного человека замещает целиком и полностью естественную потребность в нормальных половых актах.

Фетишем является конкретный видимый предмет, который лишен всяческого духовного содержания, которое заполняется эротическими фантазиями фетишиста. Характерна полная свобода действий с фетишем, которая при этом не требует никаких затрат психической и физической энергии на настрой сексуального партнера на сексуальный лад. Именно это является для него наиболее привлекательным и позволяет отдаться полностью своим сексуальным фантазиям и мечтаниям. В связи с этим личность партнера не имеет для фетишиста никакого значения. В то же время для многих мужчин, например, некоторые части тела женщины, такие как грудь, ноги, ягодицы, или предмет женского белья могут играть роль стимулятора полового влечения, и даже воспоминания о них могут сопровождаться мастурбацией и оргазмом.

Использование какого-либо неодушевленного предмета в качестве стимула для сексуального возбуждения и сексуального удовлетворения, как мы уже говорили, может включать употребление предметов одежды или обуви. Имеет значение даже тот материал, из которого все это сделано. Дело в том, что фетишем может стать резина, пластик или кожа. Фетиши могут иметь разное значение для каждого человека-фетишиста. В некоторых случаях они просто служат для повышения сексуального возбуждения во время полового акта с нормальным партнером (например, женщина надевает черные чулки).

Фетишизм как психическое отклонение может быть диагностирован лишь тогда, когда фетиш является наиболее значительным источником сексуальной стимуляции, т. е. он является необходимым для сексуального акта, заканчивающегося оргазмом.

Фетишистские фантазии встречаются довольно часто, но они не считаются психическим расстройством до тех пор, пока они не приводят к ритуальным действиям. Тогда эти действия принимают непреодолимый и неприемлемый характер, препятствуя тем самым осуществлению полового акта. Чаще всего фетишизм встречается у мужчин.

Фетишизм протекает в двух видах:

- 1) активный вариант – половое удовлетворение оказывается возможным и достижимым лишь в присутствии фетиша, т. е. человек должен его видеть, трогать;
- 2) пассивный вариант – половое возбуждение и удовлетворение возможно даже при представлении предмета, служащего фетишем, т. е. для возбуждения и дальнейшего оргазма достаточно фантазий на тему этого предмета.

Приведу вам клинические примеры врачей-психиатров.

1. «Роман, 28 лет. Образование высшее. Финансист. Женат, детей не имеет.

Фетишем Романа всегда являлась женская грудь, причем строго определенной формы и размера. Именно такая грудь была у его жены, что являлось практически главной причиной того, что он женился именно на ней. Он получал удовлетворение, только прикасаясь к груди,

поглаживая ее. При этом он мастурбировал. Только так и никак иначе он не получал сексуального удовлетворения. Во всех других случаях у него не было эрекции.

Роман считается в банке хорошим работником, он неплохо зарабатывает, по характеру добрый, спокойный, неконфликтный. Во всех остальных семейных вопросах подчиняется жене, не спорит, т. е. во всем остальном с психикой у человека все в порядке».

2. «Виталий Н., 27 лет. Образование среднее. Бухгалтер. Женат. Сыну 5 лет.

Ко мне обратилась его жена, которая пришла в слезах и отчаянии, так как Виталий объявил ей, что уходит к другой женщине. Она спрашивала, нормален ли ее муж и не проявится ли его «извращение» у их сына.

Фетишем Валерия были пышные длинные волосы естественного рыжего цвета, какие раньше были у его жены. Во время интимной близости он прикасался к волосам жены половым членом, накручивал их на пенис, просил жену щекотать волосами его половой член, и не раз бывало так, что он эякулировал на ее волосы. Жена сердилась, так как ей это было неприятно, кроме того, она не могла оставить сперму на волосах, и ей приходилось ночью вставать и мыть голову. Она требовала, чтобы муж прекратил свои глупости и осуществлял нормальный половой акт. Но без игры с ее волосами у него не было эрекции, и ей приходилось соглашаться. Иногда после манипуляции с ее волосами он проводил половое сношение, иногда эрекция после начала полового акта пропадала, он прерывал половое сношение и мастурбировал, обернув волосами жены половой член.

Они не раз ссорились из-за этого, жена называла Валерия извращенцем, он соглашался, но ничего поделать с собой не мог. Иногда они не разговаривали месяцами и не жили половой жизнью. В один из таких периодов, когда они были в ссоре, жена обнаружила в ванной в баке с грязным бельем длинную прядь рыжих волос, слипшихся от спермы. Испытывая омерзение, она выбросила ее в мусоропровод и потребовала у мужа объяснений. Он признался ей, что выпросил эту прядь волос в парикмахерской. Его неудержимо влечет именно к рыжим длинным волосам, а раз жена отказывается от того, чтобы он манипулировал с ее волосами, то ему ничего иного не остается. Жена была в ярости – одно дело, когда муж играл с ее волосами, и совсем иное дело, когда он использовал волосы какой-то другой женщины для удовлетворения своего влечения. Она заявила, что больше этого терпеть не намерена, он псих и ему или надо лечиться у психиатра, или она больше и близко к себе и своим волосам его не подпустит. Но от обращения к психиатру Виталий категорически отказался. Надеясь отучить мужа от рыжих волос, жена сходила в парикмахерскую и сделала короткую стрижку с модными пепельными «перышками». Увидев жену с новой прической и другим цветом волос, муж обозвал ее общипанной курицей, они поскандалили, а спустя некоторое время он объявил жене, что нашел другую женщину именно с такими волосами, которые ему нравятся, и она не возражает против того, чтобы он с ними манипулировал, поэтому он уходит от жены к другой женщине».

Воображаемый или реальный фетиш должен находиться в тесной связи с эротическими представлениями. Он является фактором, который играет роль стимула нормального полового возбуждения.

Фетишизм может сочетаться с эксгибиционизмом. В этом случае в присутствии лиц противоположного пола мужчины-фетишисты надевают предметы-фетиши на свой половой член. Предметы одежды мужчины-фетишисты любят красть у женщины, отдавая при этом предпочтение тем вещам, которые уже были в употреблении. Некоторые фетишисты даже собирают своеобразные коллекции своих фетишей.

Фетишизм почти всегда наблюдается у мужчин и является одним из наиболее распространенных сексуальных извращений.

Причины возникновения могут быть различными, приведем вам для наглядности несколько реальных историй.

«Виктор Н., 29 лет. Не женат. Образование высшее, по профессии авиаконструктор. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена, родители здоровы, алкоголем не злоупотребляют.

Роды у матери преждевременные, на 8-месячном сроке, закричал не сразу. В грудном возрасте плохо сосал грудь, из-за этого у матери пропало молоко, и вскармливание было искусственным. В детстве часто болел, перенес церебральный арахноидит после гриппа, детские инфекции, пневмонию. В психическом развитии от сверстников не отставал, но был худым, с тонкими руками и ногами, физически слабым. В школе с 7 лет, учился хорошо по всем предметам, но ненавидел физкультуру, так как у него ничего не получалось: ни бегать, ни прыгать в высоту и в длину. Не любил и спортивные игры. Был нескладным, неуклюжим, долговязым подростком. С 10 лет страдает близорукостью, постоянно носит очки, и одноклассники всегда дразнили его очкариком. Активных, подвижных сверстников и сверстниц всегда сторонился, так как все над ним смеялись. Но девочки ему нравились. Иногда, прикрывшись книгой, незаметно наблюдал, как девочки играют или разговаривают. Особенно ему нравилась одна одноклассница, которая считалась первой красавицей в школе. По вечерам бродил около ее дома, но она встречалась со старшеклассником и на Виктора внимания не обращала, а он тихо страдал. Ночные поллюции с 12 лет, мастурбация с 13 лет. Половой жизнью никогда не жил. После школы поступил в авиационный институт, но девушек там было мало, а юношей много, и очень скоро все симпатичные сокурсницы обзавелись приятелями, остались одни «дурнушки», которые ему не нравились. Ему нравились только девушки, чем-то похожие на его первую любовь. Брюнетки его совершенно не интересовали. Уже будучи студентом, он иногда бродил вокруг дома, где жила его одноклассница, в которую он когда-то был влюблен, но как-то раз встретил ее беременной на последнем месяце, ее огромный живот так его поразил, что больше он туда не ходил.

В возрасте 25 лет во время отпуска он загорал на пляже. Ему очень понравилась одна девушка именно того типа, который он любил: высокая, стройная блондинка. Но она была не одна, а с мужчиной. Когда она побежала со своим спутником к морю, он перетащил свой лежак поближе к лежаку этой пары, прикрылся газетой и незаметно наблюдал за девушкой.

У нее был очень красивый купальник-бикини, и когда она после плавания переоделась в сухой купальник, повесив мокрый сушиться на перекладину, а потом ушла со своим спутником пить кофе, он незаметно стащил ее мокрый купальник и после этого сразу ушел. Дома он рассматривал ее купальник, представляя себе эту девушку и сцену, как она переодевается (она сделала это в двух шагах от Виктора, обернувшись полотенцем), какие грациозные движения при этом она делает, и у него возникла эрекция. Он стал мастурбировать и испытал сильный оргазм. В дальнейшем при манипуляциях с купальником, который он предварительно мочил, чтобы все было как первый раз, возникала эрекция, а иногда оргазм наступал даже без мастурбации. Ему казалось, что купальник пахнет этой девушкой, он представлял себе ее в купальнике, как она бежит к морю с развевающимися волосами, и испытывал сильное возбуждение. Но родители были обеспокоены тем, что у сына нет ни семьи, ни даже любимой девушки и несколько раз то мать, то отец тактично заговаривали с ним на эту тему. Отец поговорил с ним «по-мужски», полагая, что у сына могут быть проблемы с потенцией, рассказал, что у него самого были такие проблемы, но он лечился и сейчас у него все в порядке. Он уговорил сына обратиться за консультацией, и после сомнений и колебаний сын согласился. Рассказал все о себе, ничего не скрывая. Полагает, что если бы встретил ту же девушку, чей купальник он похитил, то с ней у него могло бы получиться. Или с другой девушкой, очень похожей на нее. Строит реальные планы на будущее, в конце беседы сказал, что будет искать девушку своей мечты, а когда найдет, попросит ее надеть купальник и будет представлять, что он с той незнакомкой, которую встретил на пляже. Но не отрицает, что и другая девушка может так же поразить его воображение, и тогда можно будет обойтись и без купальника». Благодаря

этому примеру можно понять, что любое извращение, же и фетишизм, берет начало в детстве. Именно из-за того, что не было нормального сексуального развития, произошло такое психическое отклонение, которое так сильно осложнило жизнь человеку.

Вариантом фетишизма является **пигмалионизм**. В основе этого извращения лежит сексуальное возбуждение, возникающее при разглядывании предметов искусства:

- 1) статуй;
- 2) предметов живописи с изображением обнаженных тел;
- 3) порнографических фотографий.

Чаще всего возникает у молодых мужчин, которые испытывают сексуальный голод, но при этом не могут вести нормальную половую жизнь.

Фетишизмом страдал французский художник Анри де Тулуз-Лотрек. Он испытывал влечение к частям женского тела. Он мог часами ласкать женскую руку или волосы. Вот что говорила одна из его любовниц: «Он мог схватить женские чулки, упавшие на пол, сжать их в руках и с закрытыми глазами наслаждаться их запахом».

Говорят, что Жан Жак Руссо тоже относится к фетишистам. Живя у одной из своих подруг, он любил бродить по дому и целовать ее кресло, шторы на окнах и даже пол.

Фетишистский трансвестизм заключается в переодевании в одежду противоположного пола для достижения сексуального возбуждения.

Это психическое сексуальное расстройство нужно отличать от простого фетишизма. А различие заключается в том, что в случае трансвестизма фетишистская одежда не только надевается, но используется, для того чтобы сделать свою внешность похожей на внешность, свойственную противоположному полу. Обычно надевается не один предмет, а несколько, включая парик.

Фетишистский трансвестизм отличается от простого трансвестизма тем, что он имеет прочную связь с сексуальным возбуждением. После его удовлетворения возникает желание снять одежду, что в общем-то и делается. Рассмотрим такой клинический пример.

«Продавец Л., приведен на консультацию женой, в связи с тем что он любит ходить дома в женском платье. Иногда в таком виде вечером выходит на улицу или в пустынный парк. Часто при этом не реагирует на протесты жены, говорит, что ему приятно. Рос и развивался нормально. Всегда считал себя мальчиком, любил играть как с девочками, так и с мальчиками, предпочитая мальчишеские игры.

Мастурбация по совету товарища с 8 лет. Однажды держал на коленках сестренку, и, положив член под ее платье, стал через платье возбуждать свой половой орган и испытал сильный оргазм. В дальнейшем несколько раз брал ее платья-це и, когда никто не видел, мастурбировал, завернув в него свой член.

Позднее стал иногда надевать женское платье, это вызывало приятное половое возбуждение и нередко сопровождалось мастурбацией. Любит совершать половой акт с женой, когда она в платье. По характеру педантичный, любит порядок, не любит браться за новое дело, не закончив начатое.

Телосложение с некоторыми чертами феминизма. Мужские половые органы развиты нормально, растительность на лобке по мужскому типу».

Такому человеку ставится диагноз «трансвестизм», возникший на фоне фетишизма по отношению к женскому платью. Еще диагноз можно сформулировать как фетишистский трансвестизм.

Такому больному показаны психотерапия, беседы с сексопатологом, сексотерапия.

Фетишистский трансвестизм еще называют ложным трансвестизмом.

Чаще всего встречается у мужчин. Они надевают на себя женское белье или одежду с целью мастурбации. После достижения оргазма эту одежду снимают и чаще всего не носят ее

при посторонних. Нередки случаи, когда фетишистский трансвестизм сочетается с гомосексуализмом.

Приведу вам еще один пример.

«Олег Н., 46 лет. Женат, двое детей. Образование высшее. Работает инженером. Родился в интеллигентной семье, наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Раннее развитие своевременное, от сверстников не отставал. Кроме простудных заболеваний, ничем не болел.

В возрасте 4 лет было заикание, когда в группе детского сада появился мальчик, который сильно заикался. Многие дети стали подражать ему, у некоторых это скоро прошло, но у Олега продолжалось до 6-летнего возраста, родители перевели его в другой детский сад, где с ним регулярно занимался логопед. В школе с 7 лет, учился хорошо, все давалось легко, особенно любил математику и черчение. По характеру мнительный, неуверенный в себе, часто перепроверяет сделанное, склонен к немотивированным опасениям и сомнениям. Ночные поллюции с 13 лет, мастурбация с этого же возраста. Сам очень переживал это, так как родители с детских лет пугали его страшными последствиями онанизма, на некоторое время прекращал мастурбировать, но потом снова начинал, постоянно испытывая чувство вины. После школы закончил вуз и женился на своей сокурснице. До знакомства с будущей женой половой жизнью не жил, она же оказалась более опытной, и поначалу у них были нормальные половые сношения. В 26 лет после рождения старшей дочери жена долго болела, возможности для близости не было, и он вновь занялся мастурбацией. В 43 года они поехали отдыхать за границу и там вместе с женой были на сеансе стриптиза. Кроме девушек, выступали и мужчины, и был один номер, когда стриптиз показывал мужчина, переодетый в женское белье и одежду, в женском парике. Испытал сильное возбуждение, не мог усидеть на месте, вышел в туалет и там, запершись в кабинке, мастурбировал. Но влечения к мужчинам у него никогда не было, даже не представлял себя в гомосексуальной роли. Вернувшись в гостиницу, тайком от жены, когда она уснула, достал из чемодана ее белье и в ванной надел на себя. Но возбуждения не было, белье жены ему не понравилось. На следующий день под предлогом покупки лосьона после бритья сказал жене, что он быстро вернется, и отправился в магазин женского белья. Купил два комплекта кружевного белья, черного и белого цвета – бюстгальтер, трусики и чулки на резинках. В номере заперся в ванной, переоделся в женское белье, смотрел на себя в зеркало и мастурбировал. Оргазм наступил очень быстро. Больше всего ему нравилось сочетание кружевного белья и обнаженного тела, особенно, половых органов. Мастурбировал ежедневно, иногда по несколько раз в день или ночью».

И вот еще пример из жизни: склонность к переодеванию в женскую одежду была присуща знаменитому Фредди Меркури.

ТРАНСВЕСТИЗМ

Трансвестизм проявляется в стремлении носить одежду, аксессуары, прическу лиц противоположного пола, а также играть его роль. Причем все это протекает без стремления изменить свой пол, именно это отличает трансвеститов от транссексуалов.

Трансвестизм может сочетаться с пассивным гомосексуализмом у мужчин и активным лесбиянством у женщин. Иногда встречается в изолированном виде.

Различают:

1) истинный трансвестизм, проявляющийся с раннего детства и выражающийся в стремлении переодеваться в одежду лиц противоположного пола (такие люди получают удовольствие уже от того, что их принимают за представителей другого пола);

2) фетишистский (ложный) трансвестизм.

Трансвеститы, как правило, воспитываются в больших семьях, имеют сестер, в чью одежду они и облачаются. Трансвестизм может служить начальным этапом для транссексуалов, т. е. людей, желающих навсегда сменить свой пол. Трансвеститы могут быть гетеросексуальными и гомосексуальными. Большинство из них состоят в законном гетеросексуальном браке. Термин «трансвестизм» применяется для описания поведения человека, по тем или иным причинам переодевающегося в одежду лиц противоположного пола, и здесь сразу следует оговориться, что западные понятия о трансвестизме и гомосексуализме совершенно непригодны, если речь идет об иных сексуальных культурах. В Бирме мужчины с явно женским поведением являются почетными, уважаемыми людьми. Это объясняется тем, что женское божество берет этих мужчин к себе в услужение, при этом в обязательном порядке наделяя их женственностью.

Также в мире имеются такие племена, где мальчики воспитываются семьей как девочки. Вследствие этого они становятся очень женственными, носят женскую одежду, выполняют женские хозяйственные функции, вступают в сексуальные контакты с мужчинами. Хотя они и являются по полу мужчинами, под влиянием воспитания с детства принимают культуру, поведение и одежду женщин, сохраняя при этом лишь некоторые признаки мужчин. Они могут вступать в сексуальные связи с мужчинами, т. е. быть гомосексуалистами, но некоторые ведут гетеросексуальный образ жизни, вступая в половые отношения как с мужчинами, так и с женщинами.

Такие обычаи имеются у:

- 1) племен Северной Америки;
- 2) чукчей;
- 3) алеутов;
- 4) индонезийских даяков;
- 5) африканского племени баконго.

В Африке имеется такая народность, как азанде. В их традициях принято выдавать замуж мальчиков в возрасте 12–20 лет. Они обязаны не только вести домашнее хозяйство и выполнять все женские работы в доме своего мужа, но и вступать с ним в половые отношения.

Трансвеститами-евнухами в Индии и в Пакистане становятся кастрированные мужчины или мальчики. Они поклоняются своим богам и во имя своей веры занимаются культовой гомосексуальной проституцией.

Трансвестизм замечен во многих обрядах и традициях племен Африки. В некоторых племенах существует обряд, в ходе которого происходит временное, ритуальное превращение мальчика в женщину путем переодевания в женскую одежду. В других племенах девочек наряжают в мужскую одежду.

Некоторые специалисты считают, что трансвестизм – это фетишизм одежды противоположного пола, которая употребляется для достижения сексуального возбуждения и сексуального удовлетворения. Переодевание у трансвеститов довольно часто сопровождается разглядыванием себя в зеркале. Это способствует возникновению сильного возбуждения, сопровождается мастурбацией или обычным гетеросексуальным половым актом. Как правило, после достижения оргазма одежда-фетиш снимается.

Трансвеститов можно условно подразделить на две группы:

- 1) центристы, или ядерные трансвеститы;
- 2) крайние, или краевые трансвеститы.

Центристам, как правило, достаточно только переодевания. Крайние склонны к гомосексуализму, аутогинефилии. Они очень активно относят себя к женскому полу. Они считают себя женщинами, некоторые даже принимают женские половые гормоны и предпринимают операции по смене пола. Различия между этими двумя группами, как вы поняли, сильны и начинают проявляться с раннего детства.

Имеется такая тенденция, как ношение одежды лиц противоположного пола без сексуального возбуждения. В таких случаях это становится неотъемлемой частью жизни. Такие люди ощущают свою принадлежность к противоположному полу. Такой трансвестизм носит название трансвестизма двойной роли. По статистике были сделаны выводы о том, что мужской трансвестизм встречается преимущественно там, где противоположность мужских и женских функций выражена нерезко.

Любовь к переодеванию в одежду лиц противоположного пола, как правило, начинается понемногу проявляться уже в детстве. Это может происходить следующим образом:

- 1) независимо от окружения, по инициативе самого ребенка;
- 2) под влиянием взрослых, которые одевают ребенка в одежду лиц противоположного пола, мечтая о ребенке другого пола;
- 3) под влиянием трансвеститских наклонностей родителей. В настоящее время обнаружены исследования, в которых указывается на семейную предрасположенность к трансвестизму. Склонность к переодеванию, возникшая в детстве, в подростковом возрасте превращается в стойкую привычку, которая, как правило, сохраняется в течение всей жизни. Считается также, что со временем большинство мужчин, склонных к мазохизму, становятся еще и трансвеститами.

Постоянные партнерши трансвеститов могут знать о наклонностях своих любовников, крайне редко мужчинам удается долгое время это скрывать. Многие дети, живя с таким отцом, пытаются брать с него пример. Есть сообщение одного психиатра-сексолога, который рассказывает о трех сыновьях трансвестита, которые, наблюдая за отцом в детстве, также стали трансвеститами.

Большинство трансвеститов скрывают от окружающих свои наклонности, некоторые из них носят белье лиц противоположного пола под одеждой, не ущемляя тем самым себя, но и не афишируя свой трансвестизм. Почти никогда трансвеститы не становятся алкоголиками.

Довольно часто встречаются случаи, когда трансвестизм сочетается с самосвязыванием. Такое извращение носит название кор-дофилия. Самосвязывание осуществляется для возбуждения, а сексуальное удовлетворение достигается путем развития нехватки кислорода мозгу при самоудавлении. Причем случаются и летальные случаи, возникшие в результате удушья в процессе мастурбации. Также довольно часто трансвестизм сочетается с анальным самостимулированием при помощи фаллоимитаторов. Такие люди, как правило, усиливают получаемое удовольствие за счет того, что наблюдают при этом за собой в зеркала, а некоторые даже снимают себя на видеокамеру.

Среди трансвеститов встречаются и проститутки. Среди них наиболее высок уровень ВИЧ-инфекции, особенно если они при этом являются наркоманами.

Как и все белые вороны, трансвеститы пытаются держаться в обществе обособленно, поэтому они создают свои трансвестит-ские общественные организации.

ТРАНССЕКСУАЛИЗМ

Транссексуализм является высшей формой неудовлетворенности своим полом. Человек считает себя попавшим не в свою телесную оболочку. Такая неудовлетворенность – трагедия по поводу своего неправильного пола, она нередко приводит к депрессии, самокастрации (у мужчин) и даже самоубийству. Транссексуалы, как правило, обычно идут на гормональное и хирургическое лечение, для того чтобы изменить свой «неправильный пол». Благо, что на данном этапе развития медицина предоставляет им такую возможность. Некоторых транссексуалов лечили с успехом в психиатрических клиниках, что дало свои результаты – они не захотели в дальнейшем менять свой пол.

Транссексуалы не только хотят казаться всем окружающим человеком другого пола, они хотят анатомически изменить свое тело, т. е. они не только хотят казаться, они хотят быть другими целиком и полностью.

Как правило, во всем мире преобладают мужские транссексуалы, т. е. мужчины, которые хотят сменить свой пол на женский. Считается, что транссексуальные тенденции всегда появляются в раннем детском возрасте. Они проявляются в постоянной, довольно выраженной неудовлетворенности по поводу своего пола. Они хотят его поменять и стать другими. Им интересны игры другого пола, их разговоры, манера одеваться. Транссексуалы, как правило, с детства очень женственны (мужчины) или излишне мужественны (женщины). Такие дети отказываются от поведения и одежды, которые характерны для его пола, даже могут отвергать свои половые органы. Девочки мечтают о том, что у них есть или еще вырастет половой член, они не хотят писать в сидячем положении. Они также утверждают, что у них никогда не вырастут груди и не будет менструаций. У мальчиков имеются утверждения о том, что когда они вырастут, то превратятся в женщин, при этом у них появится грудь, а ненавистные половой член и яички исчезнут.

Чаше такие расстройства встречаются у мальчиков, чем у девочек. Мальчики участвуют в играх девочек, с удовольствием переодевают кукол и кормят их. В большинстве таких случаев из мальчиков вырастают гомосексуалисты.

Женоподобное поведение мальчиков, как правило, вызывает непонимание со стороны сверстников, родителей, учителей. Это, в свою очередь, еще больше травмирует психику ребенка, углубляя его комплексы и страхи. На формирование мальчиков-транссексуалов большое влияние оказывают особенности материнского воспитания. В дальнейшем это усугубляется еще и воздействием мнения, насмешек окружающих. Как правило, женоподобное поведение мальчиков является ранним этапом заложенного с рождения гомосексуализма или транссексуализма.

При изучении мужчин, которые в детстве мечтали быть девочками, играли в их игрушки, переодевались в их одежду, выяснилось следующее. У многих из них подобные отклонения исчезали в процессе взросления сами по себе. Это говорит о том, что не каждый ребенок с психическими отклонениями пронесет их через всю жизнь. А может быть и наоборот. Некоторые люди на протяжении всей жизни впадают в депрессию по поводу своего «неправильного пола».

Был зафиксирован даже такой случай. Была проведена операция по смене пола 74-летнему мужчине, который до этого прожил в браке 37 лет, имея только гетеросексуальные связи и редкие мастурбации в женской одежде. Через 10 лет после смерти жены он все же решился стать тем, кем мечтал быть всю жизнь – женщиной. При помощи хирургии он изменил свой пол.

На транссексуализм накладывает отпечаток и национальная принадлежность. Например, 50 % мужских кавказских транссексуалов до смены пола вступают в брак. А вот в Сингапуре почти никто не скрывает своих пристрастий и в брак против воли не вступает. Около 20 лет тому назад в Новой Зеландии отмечался огромный всплеск самоубийств среди молодежи. На это повлияло культуральное начало этой страны, не возбраняющее ношение женской одежды, а также гомосексуальные контакты с детства. В рассказах о себе они доказали преобладание материнского влияния на их детство и непременно отсутствие мужского воспитания. Самоубийства случались с теми, кто не мог позволить себе такую операцию, а жить «не в своем теле» не захотел.

На Западе отмечается следующая тенденция. Транссексуализм почти всегда сопровождается гомофобия. Чем она сильнее, тем выше вероятность того, что человек обратится за медицинской помощью по изменению своего пола. Эта тенденция все же характерна для религиозных людей, ведь в любой религии запрещается вступать в половой контакт с лицами своего пола.

Хочется заметить, что половая хирургия может быть полезной для некоторых пациентов: она помогает наладить им свою половую и общественную жизнь. Зато для других она может стать пагубной. Хирургия не является единственным и оптимальным способом лечения транссексуалов. У лиц, перенесших операцию, далеко не всегда наблюдается улучшение качества жизни. Довольно многим транссексуалам может помочь психотерапия, ведь недаром же в его развитии не последнее значение имеют психологические факторы.

Врачи должны идти на операцию с большой осторожностью, обычно после двух лет испытательного срока. В этот период транссексуальные пациенты должны открыто вести тот образ жизни, который им так нравится. Они должны учиться жить в другом теле, по другим правилам. А также проконсультироваться с юристами, пройти курсы гормонального лечения. И еще получить новое имя, новые документы, новое свидетельство о рождении, паспорт, водительские права и пр. Операции по смене пола носят необратимый характер, причем, к сожалению, не всегда заканчиваются достижением желаемого результата. Можно сказать по этому поводу следующее. Искусственное влагалище, как правило, дает человеку практически полный набор сексуальных ощущений, характерных для женщины. А вот чтобы появилась эрекция в искусственно созданном половом члене, нужно вживить также в него специальные механические приспособления. При этом, сами понимаете, возможность эякуляции полностью исключается.

По отдаленным последствиям хирургической смены пола пока еще не так много сведений, но приведем вам несколько данных статистики. «У 8 из 13 пациентов через 12 лет после формирования искусственного влагалища не произошло психологического улучшения, они продолжали пребывать в эгодистонном состоянии. Только у трети из всех пациентов влагалище функционировало надлежащим образом, принося им удовлетворение. Примерно один из пяти, подвергшихся операции мужских транссексуалов, в последующем сожалел об окончательной смене пола. Неудовлетворенность достигнутым результатом отмечается чаще всего среди лиц старшего возраста, а также в тех случаях, когда диагностика была проведена недостаточно тщательно и имело место завышение мотивации пациентов.

В отличие от мужчин женщины, приобретя половой член и признаки мужской внешности, чаще остаются довольны этим результатом, но также далеко не всегда. 44 % транссексуалов изначально женского пола после смены его на мужской воздерживались от сексуальной активности; 19 % были сексуально активными, но без использования приобретенного пениса для получения сексуального удовольствия; 37 % были сексуально активными, использовали в сексе свой пенис и получали от этого удовлетворение. Таким образом, становится ясно, что транссексуальную хирургию нельзя считать радикальным способом решения проблемы».

Результаты некоторых специальных исследований доказали, что помощь мужчинам-транссексуалам связана с психологической и социальной коррекцией.

Компании медицинского страхования, которое так развито зарубежом, считают транссексуальную операцию косметической. Следовательно не оплачивают ее. Сами понимаете, позволить себе такую операцию не каждому под силу. Примечательно, что после изменения пола некоторые транссексуалы начинают испытывать сексуальное влечение к лицам своего нового пола, проявляя тем самым своеобразную гомосексуальность, т. е., по сути дела, ярких изменений в поведении не происходит, таким образом, сменившие свой пол транссексуалы могут быть:

- 1) гетеросексуальными;
- 2) гомосексуальными;
- 3) бисексуальными.

Не очень распространен, но все же иногда встречается такой вариант транссексуализма, как аутогинефилия. Например, с мужскими половыми органами и женской грудью. Такие люди проводят частичные операции, т. е. формируют внешние аналоги молочных желез. Такие мужчины, как правило, находят себя в проституции или порнографическом бизнесе. Аутоги-

нефилы могут принимать женские гормоны, некоторые решаются на вагино-пластику. Аутогинефилия может наблюдаться не только у лиц, склонных к гомосексуализму, но и у гетеросексуальных людей.

ДРУГИЕ ИЗВРАЩЕНИЯ

Пиктофилия – это такое нарушение психики, при котором отмечается неудержимая потребность смотреть эротические картинки, фильмы или видеокассеты. Причем такие люди это делают очень часто, не могут испытать сексуального возбуждения без предварительного просмотра эротического материала. Сексуальная жизнь не страдает, если получается найти понимающего партнера.

Некрофилия (от гр. *некрос* – «мертвый», *филия* – «любить») – это неодолимое сексуальное влечение к мертвым людям. Встречается исключительно редко, естественно, что только у лиц мужского пола. Для нормального человека, здорового психически, рассказы о смерти, трупах, кладбищах неприятны и вызывают негативные эмоции: волнение, тревогу и страх. Но есть такие люди, психически больные, разумеется, для которых эти ощущения становятся желанными, привлекательными и возбуждающими. Со временем, углубляясь все больше в мысли о смерти и кладбищах, некоторые мужчины могут испытывать эякуляцию и даже оргазм, что фиксируется в его сознании и начинает постепенно доминировать. Обычно некрофилия формируется на основе уже имеющихся садистских или мазохистских наклонностей. При резко выраженной некрофилии особое наслаждение некрофил испытывает при некросадизме, т. е. при надругательстве над мертвым человеком. Они расчленяют трупы, как правило, женского пола, могут прикладывать отдельные части мертвеца к собственному телу, иногда такие люди даже занимаются поеданием трупов. Все это сопровождается мастурбацией, а иногда и половым актом. В ряде случаев отдельные части трупа некрофилы уносят с собой, чтобы продолжать и дома свои сексуальные действия. Обычно некрофилы используют только уже мертвое тело, как правило, на убийство с целью получения впоследствии сексуального удовлетворения идут крайне редко. Само убийство не прельщает их, может казаться абсолютно негуманным и неправильным. Их сексуальные фантазии связаны только с умершим человеком, с манипуляциями над ним. Некрофилию можно даже считать разновидностью фетишизма, когда роль фетиша играет труп. Некрофилы часто бывают на кладбище, следят за появлением новых могил. По ночам раскапывают могилы и извлекают покойников. Могут также проникать в дома, где есть покойники. Довольно часто они устраиваются работать в морг, дабы быть ближе к объектам своего сексуального влечения.

К некрофилии можно отнести и случаи, когда для возбуждения во время полового акта мужчина просит свою даму изобразить покойницу. Она должна нарядиться в соответствующее платье, лежать, не шевелясь, никак не реагируя на действия своего мужчины-партнера. Некоторые психиатры даже считают, что оттенок некрофилии присутствуют и тогда, когда мужчина любит интимную близость со спящей партнершей.

Вампиризм – (вампир – мертвец, который выходит из своей могилы, чтобы нападать на людей и сосать их кровь, после чего они тоже превращаются в вампиров) – это сексуальное извращение, которое сочетает в себе элементы садизма и фетишизма. В данном случае фетишем служит кровь партнера.

Некоторую вампирическую окраску можно заметить у тех людей, которые в порыве страсти наносят своему интимному партнеру царапины или укусы, получая при этом огромное удовольствие, особенно если замечают капельки крови. Некоторые психиатры, знакомые со старыми трудами по сексуальным извращениям, вспоминают такой термин, как «подкалыватель». Такие люди наносят уколы или порезы своему интимному партнеру для усиления своих собственных чувств. В начале развития этого извращения или при самых легких его проявле-

ниях половой акт сопровождается представлениями о водопадах льющейся крови. Такие люди могут даже получать удовольствие от вида собственной крови. Такие ситуации могут вызвать не только эрекцию, но даже оргазм. Поэтому некоторые из них специально наносят себе повреждения, дабы испытать удовольствие. К вампиризму можно отнести даже некоторые случаи немотивированного убийства женщин и мужчин. Таких людей убивают не ради изнасилования или ограбления, просто один даже вид крови может замещать половой акт. Такое сексуальное извращение, как вампиризм, встречается довольно редко.

Копрофилия представляет собой такой вид сексуального извращения, когда возбуждение (вплоть до оргазма) наступает при различных манипуляциях с калом своего интимного партнера.

Дендрофилию можно даже отнести к фетишизму. При дендро-филии фетишем, без которого невозможно сексуальное влечение, возбуждение и, конечно, половой акт, являются изделия из дерева или дерева, иногда определенного вида и породы.

Акротомофилия – это либидо, т. е. сексуальное влечение, к людям с ампутированной конечностью. Акротомофилов сексуально возбуждает вид культи своего интимного партнера. Некоторые психически больные люди мечтают о самоампутации конечности, эти мысли их возбуждают и помогают испытывать оргазм. Такое извращение носит название апотемнофилия.

Как говорится, все мы родом из детства, и наши психические проблемы – тоже. Исцелить такое сексуальное извращение практически невозможно, оно существенно ограничивает круг интимных партнеров, поэтому наладить нормальную сексуальную жизнь очень сложно.

Во всем остальном таких людей можно считать вполне нормальными. Они не являются убийцами и маньяками, которые калечат людей ради своего собственного удовлетворения. Женщины, потерявшие в результате руку или ногу, находят в таких мужчинах любящих партнеров и свое счастье.

Гетерохромофилия – это извращение, которое тоже можно отнести к фетишизму. Для гетерохромофила сексуальным стимулом служит определенный цвет кожи партнера, причем непременно отличный от своего собственного. Иногда даже простое созерцание контраста цвета кожи интимных партнеров может быть единственным возможным способом достижения пика сексуального удовлетворения.

Партенофилия. В наше время разнузданных нравов этот вид сексуального извращения можно считать разновидностью педофилии. Ведь партенофилия – это сексуальное влечение к девственницам, а ими являются сейчас, пожалуй, только маленькие девочки. Встречается чаще у мужчин. Психиатры утверждают, что в основе такого извращения лежит неуверенность мужчины в своих сексуальных способностях, боязнь его опозориться перед взрослой женщиной. Также удовольствие усиливается от молодости и неопытности партнерши и от возможности выступать в качестве ее учителя. Половой акт превращается в урок, где взрослый и добрый преподаватель обучает свою робкую и стыдливую ученицу. У пожилых лиц партенофилия может проявляться в результате возрастного снижения потенции, а у некоторых молодых людей она является следствием задержки развития и нарушения сексуального воспитания. Партенофилы стараются всегда быть ближе к своим сексуальным объектам, для чего находят работу в коллективах девушек-подростков. Как правило, они выбирают себе следующие специальности: воспитателя, тренера, учителя, художественного руководителя. Они стараются проводить как можно больше времени с девственницами, постепенно склоняя их к интимной близости. Поэтому-то они берутся в нерабочее время вести кружки и секции, дают бесплатные консультации и дополнительные уроки на дому. Чаще всего от темы своих занятий они переходят на беседы о половых отношениях, дают эротическую или порнографическую литературу и фильмы, стараясь получить девственницу. После сексуального акта, в редких случаях нескольких, мужчина теряет к данной девушке интерес.

Партенофилию также называют комплексом дона Джиовани.

Иногда такое извращение встречается не в паре мужчина-девушка, а в паре мальчик-мужчина. Как правило, при гомосексуальных контактах, которые обычно характеризуются частой сменой партнеров, легче встретить молодого человека, еще не имеющего сексуального опыта. Мужчина-гомосексуалист, страдающий комплексом дона Джиовани, имеет шанс вступить в связь с большим количеством неопытных партнеров-девственников.

Это сексуальное извращение настолько распространено в настоящее время, что магазины сексуальной атрибутики продают различные виды искусственной девственной плевы, а масса современных девушек продает свою девственность за большие деньги какому-нибудь партенофилу.

Вообще, партенофилы были во все времена и во всех странах и у всех народов без исключения. Во многих культурах масса обычаев связано с девственностью и ее лишением. Например, в племенах некоторых австралийских аборигенов издавна существует обычай дефлорации девушек главой деревни или шаманом. Можно подумать о том, что такие люди, мы имеем в виду шамана и главу деревни, несомненно, являются партенофилами. Можно даже предположить, что сей обычай был создан для того, чтобы узаконить удовлетворение собственных потребностей. Другим примером сексуального влечения к девственницам могут служить представления о рае в исламе и мифологии некоторых культур. В них явно повествуется о том, что жена должна быть невинна и познать радости сексуальной жизни может только с мужем. Знаменитый психолог-сексолог З. Фрейд назвал партенофилию комплексом дона Джиованни. Причины возникновения этого комплекса обширны и крайне разнообразны.

1. У некоторых мужчин интимная близость с девственницами является выражением потребности в полном обладании, желания быть первым и единственным. Сознание того, что он был первым и пока еще единственным сексуальным партнером, усиливает у многих мужчин чувства собственной значимости (в своих глазах, разумеется), удовлетворения, гордости.

2. Неуверенность, отсутствие опыта или очень скудный сексуальный опыт тоже может являться основой для развития партено-филии. Данный мужчина избегает контактов со зрелыми, опытными в сексуальном отношении женщинами, так как они очень боятся потерпеть фиаско. Также они боятся сравнения их с другими партнерами, более опытными и интересными.

3. Стремление властвовать и повелевать, занимать главенствующее положение, преодолеть сопротивление. Все это, несомненно, вызывает огромное сексуальное возбуждение на партенофилов, а именно:

- 1) ощущения дефлорации, вид крови;
- 2) необходимость постоянно видеть себя в роли сильного мужчины.

Практические трудности в удовлетворении своих необычных сексуальных потребностей во многих случаях возникают почти постоянно. Способом решения является понимающая партнерша, которая может изображать из себя пугливую, неумелую, застенчивую девственницу. Некоторые партенофилы просят своих подруг рассказать о потере девственности, возбуждаясь во время таких рассказов, иногда вплоть до наступления оргазма.

Танатофилию можно отнести к одной из разновидностей мазохизма. У танатофилов половое возбуждение всегда неразрывно связано с тематикой смерти. Мысли о собственной смерти или о смерти своих знакомых или вымышленных людей, фантазии о ритуале похорон приводят к сильнейшему возбуждению, которое завершается оргазмом. Без этого человек не может вести нормальную сексуальную жизнь, он не испытывает возбуждения и оргазма. В некоторых случаях танатофилы оборудуют специальные укромные местечки, этикетки сексуальные уголки, где они ставят гроб, облачаются в соответствующую одежду и, улегшись в гроб, они предаются мастурбации. Некоторые находят себе подобных и занимаются не мастурбацией, а «полноценными», если их так можно назвать, половыми актами.

Экскрементофилия – извращение, в основе которого лежит непреодолимое влечение к осязанию, обнюхиванию, обмазыванию и поеданию выделений своего партнера. Это может быть моча, кал, пот, сперма и даже менструальная кровь и слюна. Только в таком случае возможно половое возбуждение и сексуальная разрядка.

Урофилия – сексуальное извращение, основой которого является стремление к моче партнера. Такой человек получает удовольствие от запаха мочи и самого мочеиспускания. Урофилы получают огромное удовольствие от возможности помочиться на партнера или от того, чтобы партнер помочился на него самого. Развитие данного сексуального извращения может быть связано с мастурбацией, для которой требуется введения в уретру посторонних объектов для получения удовольствия. Урофилия одинаково часто встречается как у мужчин, так и у женщин.

Клизмофилия – такой вид сексуального извращения, когда получение сексуального удовлетворения возможно только в результате контактов с клизмой. Клизмофилия, как, думается, вы сами понимаете, является одной из форм мазохизма.

Асфиксофилия – извращение, основой которого является самоудушение с участием сексуального партнера во время полового акта. В определенный момент удушения у некоторых мужчин отмечается сильнейшая эрекция и даже бывает оргазм, то же, в принципе, касается и женщин. Хочется только заметить, что это очень опасное занятие: не всегда четко можно осознавать грань, и половой акт может закончиться просто трагически.

Геронтофилия – либидо, т. е. половое влечение, к лицам старческого возраста. Тяга молодой женщины к старику объясняется ее неудовлетворенностью половыми контактами с молодыми людьми, которые не думали о своей партнерше, пытаясь доставить удовольствие только себе. Иногда геронтофилия обусловлена садомазохистскими наклонностями женщины. А еще бывают такие случаи, когда женщина хочет почувствовать себя повелительницей, получить возможность безраздельно властвовать над старым, беспомощным человеком. Возможно формирование геронтофилии в результате надругательства педофилом, растления и совращения детей и подростков пожилыми людьми. Первые сексуальные переживания могут быть связаны с взрослыми людьми и в последующем определять возникшую тягу к людям определенного возраста. Влечение молодых мужчин к женщинам пожилого и старческого возраста, как правило, объясняется их неуверенностью в своих сексуальных способностях, неопытностью, стремлением получить заботу и ласку женщины. Нередко они воспринимают свою партнершу как заботливую, любящую маму. Чувство страха по поводу своей неполноценности, как правило, уменьшается при контактах с менее требовательной, более мягкой и благодарной пожилой партнершей.

Хочется привести вам пример из своей практики. Наверное, он поможет вам представить истинные причины возникновения геронтофилии. К нам обратилась молодая девушка 25 лет, которая испытывала половое влечение к мужчинам старческого возраста. Либидо (половое возбуждение) и оргазм отсутствуют при контактах со сверстниками. Она рассказала, что в детстве отец ласкал половые органы девочки через одежду, при этом ей было очень приятно, и она получала удовольствие. Сама стремилась к этим ласкам, просила об этом отца, но потом по своей инициативе их прекратила, так как боялась, что об этом могут узнать. В раннем школьном возрасте девочка сама была инициатором подобных ласк со сверстниками обоего пола. Но она отмечала, что удовольствие гораздо меньше. С 18 лет начала вести половую жизнь, выбирая себе партнеров на 10 лет старше. Оргазм не возникал. В 19 лет стала заниматься пет-

тингом с женщиной 80 лет, на нормальный половой акт он был уже не способен. Испытывала несколько ярких оргазмов за раз.

Естественно, ей был поставлен диагноз: геронтофилия вследствие воздействия отца в раннем детстве.

Фистинг (или акт кулаком). Такой половой акт можно отнести к сексуальным извращениям. Влагалище или задний проход у гомосексуалистов растягивается до тех пор, пока в него не вводится кулак. Из-за разных размеров кулака и ширины заднего прохода и влагалища при таком насильственном проникновении, даже при использовании какого-либо лубриканта, т. е. смазки, могут возникнуть глубокие разрывы и кровотечения из мышцы, закрывающей анальное отверстие, или слизистой влагалища.

Корофилия – такая разновидность лесбиянства, когда взрослая женщина тяготеет к молодым, неопытным и неискушенным девочкам.

Ретифизм – возбуждение для таких людей неразрывно связано с видом и прикосновением женских ног или туфель.

Трихотиллапсия – возбуждение возникает при выдергивании у любимой женщины волос, в результате этого может даже наступить оргазм.

Поллюционизм – извращенное удовольствие, которое мужчина испытывает, пачкая своего партнера спермой.

Осфрезиофилия – сексуальное удовлетворение человек получает от каких-либо запахов, зачастую даже не очень приятных.

Копрофемия – возбуждение вплоть до окончательной разрядки происходит при непременном произнесении непристойностей.

Эротографомания – возбуждение вплоть до окончательной разрядки происходит при написании непристойностей.

Саллиромания – желание чем-нибудь испачкать своего сексуального партнера. Только тогда наслаждение достигнет своего пика.

Сомнофилия – получение удовольствия от секса со спящей женщиной, считается, что некоторые из таких людей имеют склонности к некрофилии.

Кандаулезизм – наслаждение от того, что на его подругу смотрят другие мужчины, причем самое большое удовольствие они испытывают тогда, когда она при этом обнажена.

Эргофилия – извращенное возбуждение, которое возникает и зачастую заканчивается оргазмом при виде тела, испытывающего физические нагрузки, активно потеющего.

Гамомания – извращение, при котором пациент навязчиво стремится вступить в брак, испытывая при разговорах и подготовке к этому событию сексуальное возбуждение.

Аутоагонистофилия – театральность, т. е. постель превращается в сцену, на которой разыгрывается какая-либо роль, без этого сексуального возбуждения, а тем более разрядки не наступает.

Гифефилия – контакты с тканями, которые оказывают на человека возбуждающее действие.

Гомовестизм – одевание в одежду другого лица, относящегося к тому же самому полу, что и сам субъект. Ему нравятся ощущения чужой одежды и чужого запаха на себе, они испытывают от этого сексуальное возбуждение.

Мызофилия – грязное белье является возбуждающим фетишем. Такой человек не может заняться сексом без обнюхивания и осматривания белья своего партнера. Если оно будет свежим, то возбуждения не наступит.

Нарратофилия – возбуждение возможно только после обязательных эротических разговоров.

Ретифизм – фетишем служат изделия из кожи (только облачаясь в такую одежду, трогая предметы из кожи, такие люди могут возбуждаться).

Скоптофилия – наблюдение, подсматривание за половыми актами, т. е., по сути, новизна вуайеризма.

Телефонная скатофилия – непристойные разговоры по телефону, которые приносят дикое наслаждение вплоть до оргазма.

Фроттеризм – трение о тело своего партнера или посторонние предметы, обычный акт не приносит такого удовольствия, обычные ласки не возбуждают.

Цисвестизм – переодевание себя в костюм, соответствующий своему полу, но при этом непременно не своего возраста и социального слоя. Возбуждение возникает при представлении себя в роли другого человека.

Эскаурдизм – подслушивание звуков, сопутствующих интимным отношениям, и возбуждение вплоть до оргазма при этом. Обычный половой акт не приносит такого удовольствия.

Эретофонофилия – убийство на почве сильнейшего сексуального возбуждения.

Эребофилия – влечение мужчин старшего возраста к молодым и неопытным юношам.

ПЕДОФИЛИЯ

Термин «педофилия» произошел от латинского *padis*, что в переводе на русский означает «дитя», и *philia*, что переводится как «любовь».

Педофилия имеет ряд синонимов, приводим их:

- 1) инфантосексуализм;
- 2) падерозия;
- 3) педерастия;
- 4) нимфофилия (влечение только к маленьким девочкам).

Педофилия – это сексуальное влечение к детям, причем обоего пола. Дело в том, что пол ребенка не имеет особого значения, для педофила главным сексуальным стимулом служит тело ребенка с признаками незрелости.

Причины развития педофилии

1. Генетическая предрасположенность.
2. Гормональная предрасположенность.
3. Неправильное воспитание.
4. Неправильное усвоение своей роли.
5. Проблемы в сексуальной жизни (например, неудовлетворение или пресыщение обычными контактами).
6. Страх перед интимной связью с взрослой, опытной женщиной.
7. Отсутствие уверенности в себе.
8. Комплексы, алкоголизм.
9. Воспитание чрезмерно заботливыми матерями.
10. Отсутствие контактов с ровесниками.

В большинстве случаев педофилия имеет гетеросексуальную направленность, однако не так и редки случаи гомосексуализма.

В большинстве случаев педофилы – это люди, после 50–60 лет. Среди женщин педофилы встречаются крайне редко.

Самое страшное, чем грозит педофилия, это последствие для ребенка.

Для большинства детей сексуальный акт с взрослым человеком в маленьком возрасте является психологической травмой, отпечаток, которой может остаться на всю жизнь, мешая создавать нормальные отношения, вести нормальную сексуальную жизнь. У таких детей появляется замкнутость, боязнь и неуверенность, все взрослые кажутся им злыми врагами. Эти разрушающие мысли нередко толкают ребенка на кривую дорожку, и они становятся наркоманами и алкоголиками, а также проститутками, т. е. их жизнь оказывается абсолютно сломанной.

Виды педофилии

Можно выделить следующие виды педофилии:

- 1) гомосексуальную;
- 2) гетеросексуальную;
- 3) бисексуальную.

Случается, что педофильные контакты бывают инцестами, т. е. носят кровосмесительный характер. Иногда они бывают связаны с другими сексуальными извращениями (например, с эксгибиционизмом и вуайеризмом).

Вот что по данной проблеме говорит мировая статистика, причем это данные конца прошлого века. В настоящее время они, к сожалению, еще возросли. 9 % американцев и 19 % американок подвергались в детстве сексуальному домогательству со стороны взрослых, около 5 млн американцев пережили кровосмесительные акты.

В Польше перенесли трагедию педофилии около 3 % всех жителей страны. Многие из случаев педофилии не выявляются, поэтому нельзя сказать, каковы истинные масштабы ее распространения.

По отношению к взрослым женщинам педофилы испытывают робость, страх, неуверенность, ощущение угрозы, стеснение, боязнь показать отсутствие сексуального опыта или просто показать себя с плохой стороны. Зато с неопытными детьми они чувствуют себя суперменами.

Довольно часто педофилия является проявлением бисексуализма. Семьянин не может признаться семье и друзьям, что его тянет еще и к мужчинам, поэтому он начинает искать контактов с детьми.

Во многих случаях педофильные мотивы могут существовать и у нормальных, в принципе, людей. Это было доказано следующим исследованием. Группе людей показали порнографические снимки с педофильным содержанием. Оказалось, что сексуальным возбуждением на увиденное подвергались не только сами педофилы, но и те, у кого этих контактов никогда не было.

Жертвами педофилов, как правило, становятся дети в возрасте:

- 1) 11–14 лет;
- 2) 7–11 лет;
- 3) моложе 7 лет.

При этом оказывается, что среди первой группы детей примерно 50 % девочек кокетничали и заигрывали с мужчинами, провоцируя тем самым педофила, т. е. они сами не были против вступить с педофилами в связь. Это, как правило:

- 1) девочки из неблагополучных семей;
- 2) не очень умные дети;
- 3) дети с психическими или умственными отклонениями;
- 4) чрезмерно доверчивые и наивные дети;

5) чрезмерно любопытные и рано желающие стать женщинами. Но тем не менее примерно у 15 % детей после контактов с педофилами развиваются отрицательные последствия, такие как:

- 1) сексуальная заторможенность;
- 2) невроз;
- 3) страх;
- 4) неприязнь;
- 5) отвращение к представителям противоположного пола;
- 6) гомосексуализм и пр.

Помочь ребенку пережить весь этот ужас могут только родители, иногда, правда, приходится прибегать к помощи детского психолога. Но это только в случаях с гетеросексуальной педофилией. Что касается гомосексуальной педофилии, которая составляет треть от общего количества случаев данного извращения, то после такого контакта у ребенка может развиваться гомосексуализм на всю оставшуюся жизнь.

Некоторые исследования говорят о том, что люди, подвергшиеся в детстве сексуальным посягательствам, более склонны по сравнению с другими к извращенному поведению. Мальчики, подвергавшиеся сексуальному насилию в детстве, во взрослом возрасте чаще совершают сексуальные преступления, а у девочек это приводит к тому, что многие из них становятся наркоманками или проститутками.

В большинстве стран Запада педофилия считается одним из самых серьезных сексуальных преступлений. Чем моложе ребенок и чем больше разница в возрасте между педофилом и его жертвой, тем суровее наказание. Строже всего обычно наказываются сексуальные контакты между взрослыми мужчинами и мальчиками. Больше половины арестованных за педофилию оказываются друзьями, знакомыми или родственниками жертв.

Хочется заметить, что, основываясь на данных различных источников, можно твердо сказать о том, что педофилия существовала всегда. Только есть одно но. В разное время и в разных странах подход к ней был различным. На Востоке нимфофилия, т. е. сексуальное влечение к маленьким девочкам, была разрешена законом, поэтому не преследовалась, и половые акты с девочками считались нормальными и обычными. А вот, что характерно для Европы. Во Франции до второй половины XIX в. разрешались интимные контакты с девочками 11 лет, и только позже закон установил несколько другие рамки. Теперь девочка может вступать в брак с 13 лет. В Англии тоже только в середине XX в. возраст девочек, вступающих в брак, был повышен.

В настоящее время возраст, до которого человек не имеет права вступать в брак, в среднем составляет 15–16 лет. Но на практике можно заметить, что граница эта выше, ведь, помимо правовых, норм существуют еще моральные законы и законы совести.

По данным статистики, которая была установлена по опросу, проведенному среди взрослых женщин, около 25 % женщин могут привести примеры из своего детства и юности о попытках мужчин к сексуальному сближению с ними.

Педофилия, как правило, встречается в трех возрастных группах:

- 1) после 50 лет;
- 2) от 35 до 40 лет;
- 3) у подростков.

Некоторые педофилы, женившись, на какое-то время прекращают контакты с детьми, хотя не исключено, что впоследствии объектом его домогательства может стать его же собственный ребенок.

Различают несколько видов педофилии.

1. Педофилы с комплексом неполноценности.
2. Педофилы с задержкой психосексуального развития. Такие люди, естественно, не способны иметь отношения с взрослыми, а среди детей чувствуют себя большими, умными и т. д.

Считается, что при таком виде педофилии жертвами практически всегда становятся знакомые дети, поэтому контакты не случайны, напротив, они продуманы, регулярны и осознанны. Как правило, педофил привлекает внимание ребенка интересными рассказами, играми и своим хорошим, заинтересованным отношением.

3. Регрессивные педофилы, как правило, идут на гетеросексуальные связи. Со временем и у них возникает чувство сексуальной неполноценности, нередко спиваются или начинают принимать наркотики. Их сексуальные контакты чаще носят необдуманный, спонтанный характер и происходят, как правило, с незнакомыми детьми. Желание обычно возникает внезапно, и они как бы становятся его рабом, не в силах противиться ему и преодолеть его.

4. Агрессивные педофилы относятся к наименее редкой группе. Они, как правило, отличаются антисоциальным поведением, и еще они обычно не любят женщин.

Они могут заставить ребенка вступить в сексуальный контакт против его воли, т. е. просто изнасиловать его, причем в грубой форме.

Исходя из некоторых исследований, 80 % педофилов сами перенесли в детстве сексуальную травму, наложившую отпечаток на всю дальнейшую жизнь.

Классификация причин, повлекших за собой развитие педофилии

1. Отсутствие способности осознать и анализировать свои чувства, неумение их выражать вследствие:

- 1) задержки умственного и сексуального развития;
- 2) низкой самооценки;
- 3) психической травмы, особенно перенесенной в детстве;
- 4) самовлюбленности;
- 5) уверенность в своем господстве, по сравнению с женщинами особенно.

2. Нарушение сексуального возбуждения вследствие:

- 1) извращенного детского сексуального опыта или первого возбуждения, возникшего на патологической основе;
- 2) травмировавшего сексуального опыта в детстве в результате насилия;
- 3) ненормальной направленности возбуждения;
- 4) отягощенной наследственности;
- 5) эротического образа детей в Интернете.

3. Отсутствие возможности удовлетворять свои сексуальные и эмоциональные потребности нормальным образом, т. е. с взрослыми людьми вследствие:

- 1) эдипова комплекса;
- 2) страха, или, как его еще называют, комплекса кастрации;
- 3) страха по тем или иным причинам перед взрослой женщиной;
- 4) психотравмировавшего сексуального опыта со взрослыми женщинами;
- 5) трудностей в нормальном общении;
- 6) дисгармонии в семье и в сексуальных отношениях;
- 7) репрессивных норм в отношении мастурбации;
- 8) запрещения внебрачного секса.

4. Отсутствие сдерживающих внутренних запретов, т. е. своей собственной культуры и морали, на сексуальные контакты с детьми вследствие:

- 1) психических расстройств;
- 2) старческого слабоумия;
- 3) алкоголизма;
- 4) наркомании;
- 5) психоза;

- 6) хронического стресса;
- 7) нарушения сдерживающего механизма, который препятствует инцесту;
- 8) распространение порнографии на всех рынках информационной продукции;

Педофилия причиняет психический и органический ущерб детям. Причем величина и патологическая сила этого ущерба зависят от следующих факторов:

1) обращения, которое может быть:

- а) нежным и добрым;
- б) насильственным, грубым и жестоким, когда педофил удовлетворяет только собственные сексуальные потребности;

2) вида действий:

- а) одни педофилы просто смотрят на детские гениталии, иногда нежно гладят их;
- б) другие склоняют детей к мастурбации;
- в) третьи склоняют детей к оральному сексу;

г) некоторые настаивают на вагинальном или анальном коитусе, который может привести у не вполне сформировавшихся еще детей к болезненным разрывам слизистой поверхности влагалища или прямой кишки либо к еще более тяжким повреждениям;

3) регулярности и частоты случаев:

- а) одноразовое происшествие;
- б) многократные и длительные сексуальные контакты.

Большая часть педофильных контактов остается неизвестной. Это объясняется тем, что педофилы, как правило, входят в ближайшее окружение ребенка, часто являются друзьями семьи или родственниками, которым доверяют ребенка. Именно поэтому многие дети боятся рассказывать о происшедшем, считая, что им все равно не поверят. Опасаясь скандала, способного запятнать репутацию семьи и самого ребенка, многие родители отказываются от заявления в милицию.

Педофилия на данный момент находится под юридическим запретом, она строго наказывается по закону. Несмотря на это, сексуальное злоупотребление в отношении детей превратилось, по сути, в огромный, крайне выгодный бизнес. Не секрет, что сейчас, к нашему всеобщему ужасу и сожалению, детей вовлекают в проституцию или используют для создания порнографических фильмов.

МАЗОХИЗМ

Мазохизм представляет собой половое извращение, при котором сексуальное удовлетворение возникает лишь при определенных условиях, таких как причинение партнером физических или моральных страданий. Большинство психологов и сексологов утверждают, что просто физическая боль не удовлетворит мазохиста, больше всего его возбуждает то, что ему приходится подчиняться чужой воле, чувствовать на себе безграничную власть своего сексуального партнера. Именно от своей беспомощности в сочетании с жестокостью партнера и отталкивается мазохист в своих сексуальных желаниях и фантазиях.

Синонимами мазохизма являются следующие термины:

- 1) альгомания;
- 2) алгомания;
- 3) альгофилия;
- 4) пассивная олагния;
- 5) пассивизм;
- 6) страдальчество.

Термин «мазохизм» произошел от имени Л. Захер-Мазоха, который впервые описал проявления этого психического отклонения.

Сам термин мазохизм был введен в обиход сексологом Р. Крафт-Эбингом.

Степень проявления мазохизма колеблется от стремления пачкаться различными выделениями до стремления подвергаться хирургическим операциям. Психиатры считают, что мазохист стремится не к неприятным ощущениям, его привлекает желание обладать несокрушимой властью над собой, над своим телом и душой. Именно в ответ на все это и проявляются чувства, которые и считаются основополагающими в личности мазохиста. Это чувство собственной покорности и беспомощности.

Есть некоторые ответвления от мазохизма.

1. Пажизм, когда сексуальное возбуждение и оргазм наступают при выполнении роли пониженного в социальном статусе.

2. Сервилизм, что в переводе с французского обозначает принадлежность к рабам.

3. Мазохист в своих сексуальных фантазиях может играть роль животного, как правило, собаки, кошки или лошади. В таких случаях он требует, чтобы на него надели экипировку животных, т. е. поводок, ошейник или сбрую. Причем чем в более жестокой и грубой форме с ним это делают, тем больше удовольствия получает мазохист.

4. Мазохисты, которые испытывают сексуальное возбуждение, думая о смерти. Они создают себе специальные комнаты с гробами, венками, иногда даже сами укладываются в гроб и мастурбируют там, если не повезло встретить партнера, который бы разделил бы с ними эту страсть.

5. Пассивная флагелляция – сексуальное удовлетворение от наказания плетью, также является крайней формой мазохизма.

6. Скрытые мазохисты, которые испытывают сексуальное удовлетворение, фантазируя на тему ощущения испытания, страданий. Такие мазохисты воображают себя умершим, видят себя героями унижительных событий, побоев, оскорблений и даже кастрации. Такой вид мазохизма носит название мысленного мазохизма.

7. Символический мазохизм. Для достижения оргазма совершаются действия, которые не имеют для общества оскорбительный или унижительный характер. Они имеют только личный смысл страдания для мазохиста.

Считается, что мазохизм присущ в большей степени женщине, чем мужчине.

Что касается статистики, то ее сведения таковы: 2,5 % мужчин и 4,6 % женщин на Земле страдают этой формой сексуальных извращений.

Леопольд Захер-Мазох (1836–1895) был писателем. Основным, пожалуй, его произведением всегда будет считаться «Венера в мехах». В этой книге главная героиня предстала перед нами с бичом в руке, обладающей безграничной властью над мужчиной, который рабски был предан ей. Эти события и герои на самом деле не совсем вымышленные, писатель взял их из своей жизни. Леопольд рос слабым и хрупким ребенком, в детстве ему довелось стать свидетелем множества жестоких сцен, что не могло не отложить отпечаток на ранимую детскую душу. С детства он всегда помнил одну картину: молодая женщина в мехах командует мужчинами. Это была его родная тетя, которая отстаивала одну из пражских баррикад. Затем была еще одна психотравмирующая ситуация. Он полюбил женщину, старше себя, она склонила его к сексуальной связи с садомазохистским характером. Этот пример, думается, лишний раз доказывает неоспоримую истину, что все психические заболевания родом из детства. Но не надо думать, что мазохизм появился тогда, когда о нем впервые написал этот писатель. Это сексуальное извращение пришло к нам из древних времен. Вот что написал Альфред де Мюссе по поводу мазохизма: «Я испытывал просто непреодолимую страсть к моей любовнице, в результате вся моя жизнь обрела фанатично отшельнический характер. Приведу лишь один пример: однажды она подарила мне медальон со своим миниатюрным портретом, который с тех пор носил на

грудь, подобно тому как это делают многие мужчины. Однажды в лавке старьевщика мне бросился в глаза бич, имевший на конце металлическую бляшку с шипами. Приказав прикрепить к ней медальон, я снова надел его на шею. Шипы, впивавшиеся в мою грудь при каждом движении, доставляли мне такое необычное наслаждение, что иногда прижимал бляшку рукой, чтобы почувствовать, как они вонзаются в тело еще глубже».

Известный психоаналитик Л. Эйдельберг перечислил причины развития мазохизма.

1. Нарушения идентификации пола, это происходит в критический период, который приходится на 1,5 года и на пятый год жизни. Именно тогда возникают следующие ощущения и чувства:

- 1) кастрационная тревожность;
- 2) нарушение связи с матерью;
- 3) ощущение вины, пробуждаемое родителями.

Можно привести данные одного недавнего исследования, в ходе которого было выяснено, что порка вызывает у некоторых детей приток крови к тазовой области. Вследствие этого возникает эрекция, которая у подростков и детей старшего возраста заканчивается семяизвержением. Психотравмирующие ситуации, пережитые в раннем детстве. Такие дети, как правило, не боятся родительских наказаний, так как во время них они получают удовольствие.

2. Моральное ощущение своей неполноценности, что особенно наглядно у фригидных женщин и импотентов.

3. Испытанная однажды (преимущественно в детстве) слабость и беззащитность перед наказанием или насилием, которое унизило и оскорбило человека, зачастую оставляет в сознании сильную эмоциональную доминанту. И уже на этой патологической основе будут строиться как структура полового чувства, так и вся сексуальная жизнь.

Хотим процитировать слова Эриха Фромма, который не один год занимался изучением мазохизма: «Охваченный ужасом индивид ищет что-нибудь или кого-нибудь, к кому мог бы привязаться, он уже неспособен дольше быть собственным индивидуальным я, отчаянно пытается избавиться от него и снова почувствовать себя в безопасности, сбросив бремя своего я. Мазохизм – одна из дорог, ведущих к этой цели. Самоубийственные фантазии бывают последней надежной тех, кого уже обмануло все, что должно было бы облегчить их одиночество».

Некоторые мазохисты могут удовлетворять себя, когда имеется возбуждающий момент (мысли о смерти или реальная угроза умереть). Сексуальное возбуждение и последующая разрядка достигаются с помощью возбудителей, опасных для жизни, таких как электрический ток, например.

Условно мазохизм подразделяется на несколько степеней интенсивности.

1. Подчинение другому лицу, которое сопровождается самоунижением, ощущением собственной неполноценности как сексуального партнера. Такие люди имеют настрой на удовлетворение своего партнера, а от своих потребностей и удовольствий они отказываются.

2. Мазохистские потребности на уровне эротических фантазий, которые сопровождаются мастурбацией или даже нормальной половой жизнью. По статистике садомазохистские сексуальные фантазии возникают у 12 % женщин и 22 % мужчин.

3. Реализация мазохистских потребностей вне брака. Такие мужчины чаще всего имеют дело с проститутками, которые не отказываются ни от чего. С женой подобных развлечений не имеют. Партнерша может быть целью ваших провокаций к недовольству, злобе и агрессии. Провоцирование своего партнера к садистским сексуальным действиям.

4. Возбуждают уколы, пытки, нанесение ран.

Много женщин хотя бы раз в жизни фантазировали на тему того, чтобы пережить изнасилование. Фантазии на эту тему могут выражать мазохистские наклонности, хотя, с другой стороны, от мыслей до дела может быть большая непреодолимая пропасть. Но такие мечты могут быть вызваны простой потребностью в половой жизни. Или же общением с чрезмерно

деликатным и женственным партнером, что заставляет женщину мечтать о настоящем мужчине, который сделает с ней все, что захочет, уверенно и даже немного грубо. Иногда фантазии о половом принуждении базируются только на страхе. Бывает такое, что женщине приснилась сцена изнасилования, причинившая ей не боль и страх, а удовольствие. Но это совсем не значит, что она мазохистка. На это могут быть разные причины, и не стоит сразу же ставить себе такой диагноз.

Некоторые женщины проявляют свои мазохистские наклонности, причем сами, как правило, не отдавая себе в этом отчет, выходя замуж за мужчин, отличающихся садистской психикой, с преступниками, алкоголиками и пр.

По статистике союзы между садистами и мазохистами, бывают очень прочными и взаимодополняющими, люди находят свое счастье и гармонию, естественно, к врачу за помощью они обращаться не будут. Мазохизм – это сексуальное извращение, о котором редко говорят в суде. Ведь зачем подавать в суд за побои, если ты сам об этом попросил.

Считается, что женщина является пассивным сексуальным партнером, инициатива в постели, как правило, принадлежит мужчине. Из этого можно сделать вывод о том, что женская сексуальность изначально имеет в себе мазохистскую наклонность. Причем многие из представительниц прекрасного пола даже не отдают себе в этом отчет.

Если половая жизнь протекает не по желанию мазохиста, то сексуальное удовлетворение, оргазм возможны только при фантазиях на тему оскорблений и унижений, но, как правило, в конце концов просто происходит смена сексуального партнера на более подходящего и соответствующего потребностям и желаниям.

При мазохизме люди находятся в сильнейшей сексуальной зависимости от своего партнера. Эта зависимость граничит порой с жертвенностью. Ведь зачастую мазохист идет на любые жертвы и сделки, во многом ограничивает себя, чтобы не потерять своего интимного друга. Причем чем больше этот друг унижает и терроризирует мазохиста, тем более дорогим и любимым он для него является.

Но хотим также акцентировать ваше внимание на том, что мазохист вовсе не стремится к постоянным страданиям. В этом он точно такой же, как и другие люди, которые не любят расстраиваться, бояться, испытывать унижение и слушать оскорбления. Любые переживания, страдания и унижения для него необходимы в определенных ситуациях, для того чтобы возникло половое возбуждение. Он стремится сделать боль всепоглощающей, чтобы она заполнила всю его сущность, а потом насладиться ее отсутствием. Как мы уже говорили, мазохист получает гораздо больше удовольствия не от физической боли, а от моральных унижений со стороны своего сексуального партнера. Конечно, среди мазохистов есть люди с чертами полной деградации, но они есть и среди обычных, сексуально нормальных людей. Мазохисты, как правило, являются людьми с нормальным поведением, не отличающимися в жизни от других людей.

Мазохизм – это психическая болезнь, но это сексуальное извращение имеет право на существование, если только не причиняет вреда окружающим, не переходит границ, и не является опасным для здоровья и жизни, не посягает на права личности, а является лишь необходимым и приносящим удовольствие элементом сексуальной игры.

САДИЗМ

Термин «садизм» был введен в обиход сексологом Р. Крафт-Эбингом в изданной им в 1886 г. монографии «Сексуальная психотерапия».

Он имеет несколько синонимов:

- 1) половое насилие;
- 2) эротический тиранизм;

- 3) активная альголагия;
- 4) активная альголагия.

Термин «садизм», как вы, наверное, уже знаете, произошел от имени маркиза Донасьен де Сада. Маркиз де Сад в свое время впервые систематизировал всю информацию об использовании механических средств при половом акте (в частности, блоков, лебедок и подъемников, применяемых для причинения своему партнеру физических страданий). Он был автором романов на тему сексуальных отклонений, таких как «Жюстина», например. В них он рассуждал на тему секса, склоняя людей к своей концепции. А концепция такова: «Человек имеет право на наслаждение без всяких ограничений и раскаяний». Он также всячески восхвалял сексуальное поведение без запретов и рамок, считая, что даже в преступлении нужно искать сексуальную стимуляцию. В книгах Сада сексуальные сцены соседствуют с пытками, убийствами и насилием. Там есть соращения, побои, преступления. Плотские утехы связаны со страданиями или с причинениями этих страданий другим людям. Вот что написал о содержании этих книг Жюль Жанен: «Перед нами сплошные окровавленные трупы, дети, вырванные из рук своих матерей, молодые женщины, которых душат в конце оргии, кубки, наполненные кровью и вином, кипят котлы, с людей сдирают дымящуюся кожу, раздаются крики, ругательства, богохульства, люди вырывают друг у друга из груди сердце». И все это на каждой странице, в каждой строчке. Центральная фигура произведений Сада – растлитель, истязатель, безжалостный насильник и палач. Проще говоря, садист.

Изначально под садизмом понималась такая форма сексуального поведения, при котором возбуждение и удовлетворение возникало в результате причинения физической боли и страдания другому человеку. Вот что по поводу садизма говорит небезызвестный Эрих Фромм: «Известны три вида садистских наклонностей... Первый заключается в стремлении поставить других в зависимость от себя, чтобы получить над ними абсолютную и неограниченную власть, превратить их в свое послушное орудие и сделать податливыми, как глина в руках гончара. Второй основывается на внутреннем стремлении не только безраздельно управлять другими, но и эксплуатировать их, использовать, обкрадывать, потрошить – если можно так выразиться – высасывать из них все „съедобное“. Подобное желание может распространяться как на материальные, так и на нематериальные объекты, например, чувства или интеллект данного лица. Третий вид садистских наклонностей – это страсть причинять другим боль или наблюдать за их страданиями. Последние могут быть как физическими, так и духовными. Речь здесь идет о физическом насилии, унижении, стремлении привести других в смущение, увидеть их в унижительном или затруднительном положении».

Он также говорит и о том, что потребность садистов в безоговорочном контроле над другими людьми дает им ощущение всемогущества, в результате чего их психика страдает еще больше. Чтобы получить желаемое, садисты знакомятся и заводят отношения с теми, кого они могут подчинить своей воле, поставить в полностью зависимое положение. При этом они, конечно же сторонятся людей, психика которых сильнее, и тех, кто унижение не простит. При этом можно отметить еще такую черту, свойственную большинству садистов. Они относятся с величайшим почтением, уважением и даже некоторым подбострастием к тем, кто обладает властью или более высоким по сравнению с ними положением в обществе. Таким образом, в их голове одновременно обитают два таких разных качества, как жестокость по отношению к слабым людям и трусость, страх перед другими. Поэтому некоторые психотерапевты даже утверждают, что нет понятия «садизм» – есть «садомазохизм». Но это не общее мнение, поэтому в нашей книге есть место для той и другой патологии. Садисты, как правило, очень волнуются за свое будущее, даже боятся его: оно представляется им чем-то непредсказуемым, могущим оказаться вне их контроля.

Поведение садиста зависит от многих факторов:

- 1) места, которое садистская ориентация занимает в психической жизни;

- 2) типа личности;
- 3) позиции в обществе;
- 4) возможности реализации своих потребностей, причем не только сексуальных, но и общественных.

Масштабы власти садиста ограничиваются в первую очередь общественным положением. Направления садистского поведения могут быть следующими:

- 1) на животных;
- 2) на лиц, значительно слабее них, таких, например, как неполноценные люди или дети;
- 3) на людей, подчиненных им в семейной жизни (например, супругу или супругу, детей, родственников);
- 4) на людей, подчиненных на работе (например, младших по должности сотрудников);
- 5) на людей, подчиненных в обществе. Этому есть масса подтверждений в истории. Приведем только некоторые факты. Во времена правления Тиберия, Нерона, Гитлера жертвами садистского поведения были многочисленные группы людей. Садистские деяния зависят в том числе и от того, насколько

им способствуют обстоятельства, в которых они происходят. Например, если супруга позволяет легко подчинить себя, а еще лучше (для садиста, разумеется), если она проявляет мазохистские черты, тогда садистские наклонности будут в такой семье стремительно и неотвратимо развиваться.

А вот, например, такой случай. Садистское поведение начальника было направлено против своих сотрудников, занимающих, естественно, по сравнению с ним должности более низкого уровня. Те из них, которые не хотели потерять работу, подчинялись изуверствам своего босса и добивались в награду его благосклонности, продвигались по служебной лестнице. Те, кто это не терпел, увольнялись, причем с плохими характеристиками, и становились личными врагами шефа-садиста. Этот пример приведен для того, чтобы показать то, что садизм может проявляться не только в сексуальной, но и в повседневной жизни. В данном конкретном случае можно с уверенностью сказать, что диапазон садистских действий этого человека охватывал как сексуальную, так и психическую сферу. Причем он умело использовал свою власть, чтобы остаться безнаказанным.

Природа агрессивного поведения, его проявления в общественной жизни оказывают заметное влияние на развитие людей с садистскими наклонностями.

Например, очень популярные зрелища:

- 1) бокс;
- 2) гладиаторские бои;
- 3) коррида;
- 4) фильмы ужасов, триллеры и т. д.

А ведь именно они накладывают свой отпечаток на формирующиеся души детей и подростков, которые хотят быть, «как в телевизоре или таким же крутым, как дядя на ринге». Иногда садистский характер может занимать главенствующее положение в обществе. Примером может служить переход правления Гитлера. В таком обществе культивируется садизм, там воспитываются дети с заложенными наследственностью и моральными устоями взрослых с садистскими наклонностями. Постоянная реклама и рассказы о жестокости и агрессии в газетах и журналах, по радио и телевидению заставляют постепенно привыкать к садизму.

Сексуальный садизм – это достижение сексуального удовлетворения только при непременном физическом и моральном издевательствах над другим человеком. По данным статистики сексуальный садизм отмечается примерно у 5 % мужчин и 2 % женщин.

Классификация садизма

1. Воображаемый садизм.

Он проявляется в том, что человек фантазирует о садистских действиях во время мастурбации или совокупления для достижения сексуальной разрядки. При этом он не реализует их в реальной жизни, т. е. можно сказать, что садизм остается лишь в голове и не выходит за ее пределы. Источником для эротических садистских фантазий может быть все, что угодно:

- 1) собственное воображение;
- 2) порнографические книги;
- 3) порнографические фильмы садистского содержания;
- 4) интернетовские сайты.

Такой человек держит в своей голове два психических мира одновременно:

- 1) проявляющийся в садистских сексуальных фантазиях;
- 2) проявляющийся в реальной жизни.

По статистике этот тип садизма, как правило, характерен для людей с высоким уровнем интеллекта, склонных к фантазиям, живущих в воображаемом мире, наделенных богатым воображением, занимающих не последнее место в обществе. Иногда такой садизм свидетельствует о наличии предпосылок к развитию явного садизма, а иногда он может быть просто стереотипом, который сформировался на основе просмотра порнографических фильмов определенного содержания. В некоторых случаях он является дополнительным сексуальным стимулом (например, в случае ослабления половых реакций). Некоторые психиатры сталкивались с ситуациями, когда воображающий садизм стал таким на основе агрессивности, которую испытывал по отношению к себе больной в детстве или подростковом возрасте. И он просто представляет себе месть своим обидчикам. Либо он имел перед своими глазами пример женщины, от которого у него остались крайне неприятные воспоминания. Он проецирует этот образ на всех женщин без исключения, поэтому мстит всем сразу, даже тем, кто ни в чем не виноват. Например, один мужчина стал фантазировать на садистские темы после того, как узнал, что его жена изменяла ему с его же братом. С ней он тут же развелся, но перенес свое отношение на всех дальнейших своих любовниц, считая, что все женщины распущены сверх всякой меры и изменяющих просто нет. Но он был из очень интеллигентной семьи, имел очень хорошее воспитание и высокие моральные принципы. Поэтому он никогда ничего плохого своим партнерам по сексу не делал. Но только в реальности. В своих же фантазиях, во время сексуального акта он представлял, что принуждает их к интимной близости, насилует, причем в довольно грубой форме, в сопровождении своих друзей, причиняя тем самым большие страдания этим женщинам.

2. Пассивный садизм.

Такой садизм граничит с вредностью, если это можно так назвать. Вернее, это кажется вредностью и дурашливостью людям, которые не понимают, что это садизм, т. е. психическое заболевание. Проявления такого вида садизма заключаются в том, что садист во время интимной близости сознательно препятствуют удовлетворению сексуальных потребностей партнерши с целью унижить ее, досадить ей, вызвать разочарование и недовольство. Причем чем больше он знает о ее желаниях, тем больше он делает для того, чтобы они не осуществились. При этом сам садист получает удовольствие и сексуальную разрядку. Для примера можно привести следующий случай. Мужчин прекращал фрикции, когда чувствовал, что женщина близка к оргазму. Другой специально игнорировал те ласки и позы во время секса, которые приносили его жене наибольшее удовольствие. А еще возможны такие случаи, когда садист использует ласки и позы, которые неприятны или болезненны для данной сексуальной партнерши. Для пассивного садизма характерна скрытая агрессия по отношению к строго определенной партнерше, которая проявляется в отказе от того, что она любит больше всего и применении того, что она ненавидит. Такое поведение, конечно, терпит только женщина, зависящая от партнера материально или глубоко любящая его, несмотря ни на что.

3. Агрессивный садизм.

Тут, как говорится, есть где размахнуться. На что хватит фантазии, то и используется садистом для достижения сексуальной разрядки.

Различаются несколько степеней агрессивности:

- 1) психическое унижение;
- 2) тиранизм;
- 3) принуждение к неприемлемой для партнера форме сексуального контакта;
- 4) избиение, прижигание сигаретой, нанесение порезов и пр.;
- 5) убийство на почве сладострастия.

По статистике известно, что больше случаев садизма зафиксировано среди мужчин. Иногда агрессивность, унижения и оскорбления направлены на то, чтобы порадовать, т. е. доставить сексуальное удовольствие мазохисту. В таких случаях можно сказать, что это садизм поневоле, ведь партнер действует по просьбе мазохиста, а не следуя своим желаниям и фантазиям. Зато можно отметить такой факт, что среди женщин процветает так называемый психологический садизм, в то время как мужчины предпочитают садизм физический.

Женский психологический садизм заключается в унижении мужчины, насмешках, причем часто прилюдных его как интимного партнера. Такие женщины специально повышают планку своих требований к мужчине до невыполнимых, дабы иметь повод для издевательств.

Некоторые женщины специально описывают любовнику свои сексуальные связи с другими мужчинами, половые органы и сексуальные возможности других мужчин. Некоторые женщины не просто рассказывают своим мужьям об изменах, но и настаивают на том, чтобы они наблюдали за тем, как она занимается сексом с другими мужчинами.

Вот что сказал по этому поводу М. Хиршфель, известный сексолог: «Существует тип женщин-садисток, которые выбирают себе в партнеры женоподобных мужчин моложе себя по возрасту, полностью подчиненных им во всех областях жизни, и подвергают их моральным и словесным унижениям, используя для этого выражения, метко бьющие в слабые стороны данного лица. К часто встречаемым формам женского садизма относится: сознательное сексуальное провоцирование мужчины, вплоть до достижения им „точки кипения“, а потом циничная смена манеры поведения на неприступно-отказную, нередко сопровождаемую издевательскими насмешками. Вариантов тут бывает множество, и порой трудно определить, имеем ли мы дело с садизмом или с каким-то другим поведением».

Хотим заметить вам, что в течение жизни у некоторых людей меняется характер садистского поведения, т. е. активный садизм может переходить в воображаемый, пассивный – в активный, затем он начинает сочетаться с мазохизмом и т. д. Это зависит как от личности партнера, так и от самой жизни.

Причины развития садизма

Причины развития садизма разнообразны.

1. Проблемы в психическом развитии в раннем детстве. В полтора года должна происходить систематизация тела у каждого ребенка. Если он подвергается частым наказаниям, избиениям и иному, у него могут возникнуть садомазохистские тенденции, которые в дальнейшем трансформируются в садизм.

2. Влияние эротических фантазий, навеянных садистской порнографической продукцией, которые сопровождают мастурбацию.

3. Распространение фильмов и телепередач, в которых рассматривается насилие над человеком, в том числе и сексуальное.

4. Ощущение собственной неполноценности и связанные с этим комплексы. Садизм в таком случае является своего рода защитным механизмом.

5. Психические травмы.

6. Травмы и неудачи сексуального характера.

7. Грубый или презрительный отказ от любимого человека.

8. Особенности личности.

9. Психические заболевания.

Садизм довольно часто скрыт от наших глаз, и в руки закона он попадает неспроста.

Во-первых, садисты довольно часто ищут себе в партнеры мазохистов. В таких союзах, как говорится, все рады и довольны.

Во-вторых, многие просто скрывают свои сексуальные особенности, делая все так, чтобы не отвечать по закону.

Что касается прогноза по лечению садизма, то здесь нельзя дать однозначный ответ. В настоящее время используется динамическая и тренировочная психотерапии. Некоторым садистам прописываются антиандрогенные препараты, которые ослабляют сексуальное влечение, тем самым ограждая потенциальных жертв от садистов.

Садизм классифицируется не только по степени тяжести и по способу проявления, но и по объектам влечения. Ими могут стать:

- 1) партнеры другого пола (садогетеросексуализм);
- 2) партнеры своего пола (садогомосексуализм);
- 3) партнеры обоих полов (садобисексуализм);
- 4) животные (зоосадизм);
- 5) дети (садопедофилия);
- 6) старики (садогеронтофилия);
- 7) ученики (воспитательный садизм или так называемый дип-польдизм);

Крайними и редко встречающимися формами садизма являются некрофилия, вампиризм и бертранизм.

Некрофилия представляет собой половое влечение к трупам. Вампиризм включает в себя элементы фетишизма, где роль фетиша играет кровь партнера. В бертранизме соединяются некрофилия и садизм.

Садизм довольно часто нарушает права личностей – жертв садиста. Следование садистским наклонностям зачастую приводит к половым преступлениям, причем сопротивление жертвы не останавливает садиста, не возвращает на путь истинный, а, напротив, усиливает его наслаждение.

Иногда человек не осознает свои садистские наклонности, тогда у него, как ему кажется, без причины возникают задержки семяизвержения, т. е. эякуляции, или даже полное его отсутствие, если поведение женщины не удовлетворяет его сексуальные наклонности и желания. В результате этого мужчины могут полностью отказаться от половых сношений. Обычно мужчина стремится перестроить женскую психику так, чтобы она могла способствовать ему в получении сексуального удовлетворения. Преодолевая таким образом сопротивление женщины, он повышает свою самооценку и обретает еще большую уверенность в своей исключительности и обязанности повелевать и властвовать. Внешне эти мужчины кажутся заносчивыми, уверенными в себе и раскованными, в случаях явного садизма внутренние тормоза отсутствуют, и желание полной власти над объектом страсти может не знать ограничений.

З. Фрейд считал садизм зеркальным отражением мазохизма, говоря, что это взаимодополняющие извращения. Вот названия некоторых его работ: «Ребенка быют», «Три очерка по теории сексуальности», «По ту сторону принципа удовольствия», «Экономическая проблема мазохизма», «Отрицание» и др.

Фрейд считал, что в той или иной форме садизм составляет неотъемлемую часть любого сексуального влечения. Согласно гипотезе Фрейда «в стадии оральной организации желание любовного обладания совпадает с желанием уничтожения его побудительной причины, в стадии анальной организации происходит отделение первого желания от второго, и, наконец, в рамках третьей, гени-тальной стадии любое насилие исчерпывается лишь разделением ролей

при половом контакте. При прохождении этих стадий, садизм все более оттесняется из „Я“, открывая путь человеческому либидо. Если же подобного оттеснения не происходит, взаимоотношения полов строятся в логике бесконечной любви-ненависти».

Интерпретация личности садиста, таким образом, все более отдаляется от натурализма, обосновывающего любую критику в его адрес посредством обвинений в физической неполноценности, противоестественности и аномальности. По мере того как натурализм все более утрачивает свои позиции, становится ясно, что садистский комплекс представляет собой не просто банальную перверсию, весь смысл которой лишь в том, чтобы получать удовольствие путем нанесения ущерба другим. Данный комплекс оказывается многогранным и по-своему противоречивым явлением, предполагающим устремленность к видоизменению всего, что кажется нормальным и естественным. Однако, как ни парадоксально, подобная устремленность заставляет человека оставаться верным всей совокупности проблем обретения естества и соответствия нормам.

Загадка садиста не в его потребности доставлять боль, но в свойственном ему желании признать ее нормальной и естественной. Садист ранит не чем иным, как своими попытками превратить и приносимую им боль, и боль вообще в нечто само собой разумеющееся. Именно эти калечащие других действия оказываются способны по максимуму снабдить любое наслаждение горьковатым привкусом болезненных ощущений, что, собственно, и составляет наиболее важную отличительную черту садизма.

Лечение садизма и мазохизма

Хотим привести вам мнение компетентного сексолога, который на протяжении многих лет занимается проблемами садизма и мазохизма.

«Мнение, что алголагния, или наслаждение болью, в любой из ее двух форм является наследственной, основано на крайне сомнительных предпосылках. Ни садист, ни мазохист не отмечены никакими физическими отличительными признаками, наличие которых могло бы указывать на какие-либо наследственные или врожденные факторы. Крайне сомнительно также, чтобы особенности их психики и специфические наклонности носили наследственный характер. Правда, что жестокость присуща большинству детей, однако, как пронизательно заметил В. Стекель, „в действительности ребенок не может быть изначально жестоким, поскольку, что такое жестокость, он еще не осознает“. Это всего лишь проявление зарождающегося и, возможно, бессознательного стремления к власти. Эта поведенческая черта, конечно, ни в коем случае не представляет собой садизм, но при определенных условиях может в него трансформироваться. И точно так же пережитый опыт жестокого обращения со стороны сверстника или, что более вероятно, взрослого может превратить ребенка в мазохиста. Именно порка, которую г-жа М. Лам-берсье (Mme. Lambersier) выбрала методом воспитания юного Руссо, привела, по его мнению, к тому, что мазохизм стал определяющей чертой его жизни в зрелом возрасте. Есть, похоже, основания полагать, что извращенные сексуальные наклонности А. Суинберна развились в нем, как отмечал Джордж Лафоркейд (Georges Lafourcade), в результате телесных наказаний, которым он подвергался в Итоне. Садизм и мазохизм в последней стадии, когда они принимают форму открытого проявления, возможно, неизлечимы. Никакая мера наказания помочь здесь не может. Пожизненное тюремное заключение под надлежащим наблюдением может такие наклонности подавить, но это отнюдь не означает ни излечения, ни перевоспитания. Его следует рассматривать лишь как защитную меру. Ибо любой метод борьбы с такими отклонениями от нормы должен включать в себя профилактическое или упреждающее лечение. Другими словами, необходимо предотвращать проявления подобных извращений или обрывать их на самой начальной стадии, пока они не приняли активную форму.

И вот именно здесь мы находим важнейший и очень сильный аргумент против использования любых форм жестокости и пыток в качестве судебного наказания несовершеннолетних и

взрослых преступников или как воспитательной меры в сфере детского образования. Применение телесных наказаний и детей и взрослых представляет собой по этой причине крайне опасную процедуру. Какие бы меры предосторожности ни принимались, неизбежно существует возможность развития и обострения уже имеющихся садистских или мазохистских наклонностей либо пробуждения и стимулирования потенциальной тяги к наслаждению болью в том, кто порет, или в том, кто порке подвергается. Не учитывать подобный риск недопустимо. И тот факт, что в ходе почти всех обсуждений доводов за и против телесных наказаний этот аспект упорно игнорируется, нисколько не умаляет его первостепенной важности и значения. Человек, хлещущий «кошкой», вполне может оказаться садистом, получающим наслаждение от этого занятия. Но даже если это не так, над ним висит угроза превратиться в садиста. Такая трансформация не является неизбежной, он может в случаях *force majeure* исполнить порученное ему дело против своей воли, однако, когда это превращается в практику, то, несомненно, приводит к развитию если не садистских наклонностей, то уж наверняка равнодушия, черствости и бессердечности, которые можно назвать открытой жестокостью. Свидетельств тому существует множество. При ближайшем рассмотрении применение любой формы физических пыток есть преступление со стороны государства. Оно либо становится соучастником актов жестокости и садизма, либо создает условия для их осуществления. И в том и в другом случае вся вина ложится на государство. Профилактическое лечение садизма и мазохизма и другие превентивные меры должны предусматривать отказ государства от применения телесных наказаний, а выявленных закоренелых садистов надлежит подвергать строгой изоляции».

ГЛАВА 6. ПСИХОТЕРАПИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

Подлинно гуманная медицина отличается последовательным проведением принципов, в соответствии с которыми врачи в лечении и профилактике подходят к пациенту именно как к человеку со всеми его особенностями, со всем его своеобразием. Человек рассматривается не только как организм, но и как сложившаяся в определенных социальных и бытовых условиях личность. Личность, психика могут не только страдать от болезни, но и становиться существенным фактором в возникновении и течении болезни. Лечение человека без учета его психоэмоционального состояния, чем бы он ни болел, не может быть полноценным и никогда не приведет к полному выздоровлению.

Психотерапия – это специфическая форма лечебного воздействия на личность больного. Психотерапия должна строиться на строго научной основе. Но это, конечно, не исключает роли интуиции, основанной на знаниях и опыте врача при проведении психотерапии, не освобождает от необходимости творческого отношения к применяемым и хорошо изученным методикам и принципам психотерапии. Психотерапия является не только медицинской наукой, но и искусством. Психотерапия влияет не на отдельные стороны личности больного, а на единую целостную личность, специально учитывая все ее особенности, которые играют наиболее важную роль в этиологии, патогенезе и течении болезни.

История свидетельствует, что психотерапевтическое воздействие использовалось врачами еще в глубокой древности. До настоящего времени сохранилась как музейная редкость личная аптечка с набором лечебных средств и магических папирусов, принадлежащая одной из египетских цариц, которая правила за 2000 лет до н. э. В одном из папирусов содержатся заклинания, которые могут оказать помощь при 100 различных болезнях, а ведь заклинания использовались древними лекарями именно с целью воздействия на психику больного. По мнению Геродота (великого врача древности, посетившего Египет в V в. до н. э.), медицина у египтян разделена на отделы, т. е. каждый врач занимается лишь определенным видом болезни: один лечит глаза, другой – голову, третий – зубы и т. д. А есть и такие, которые заняты невидимыми болезнями – болезнями духа, т. е. психическими болезнями, которые уже в то время побуждали к поискам специальных методов подхода к больному и особых форм предупреждения болезненных изменений психики. Египетские врачи придавали огромное значение особенностям изменений духовной жизни больного. Одновременно с развитием медицины в Египте значительных успехов она достигла в Месопотамии. Свод законов Хаммурапи (ок. 2000 лет до н. э.) включил наряду со многими иными и положения об исцелении больного «путем воздействия на его душу». Сирийский врач С. Сараджа в свое время говорил больному: «Смотри, нас трое: я, ты и болезнь. Если ты будешь на моей стороне, нам вдвоем будем легче одолеть ее». Медицинские школы Древней Персии выпускали врачей трех профилей: «исцелителей святостью», «исцелителей законом» и «исцелителей ножом». Наиболее высокой подготовкой славилась первая. Их обязанностью было врачевание в широком смысле этого слова и тонкое, мудрое, разумное использование в нем высших душевных качеств врача, того, что в настоящее время мы называем психотерапией в практике врачевания. Вторые исцеляли законом, т. е. занимались устранением причин болезней. И первых, и вторых называли «мастерами здоровья». Одновременно с египетской, вавилонской, персидской культурой бурный подъем и расцвет переживала культура Древней Индии, а позднее и Древнего Китая. Медицина того периода отличалась многими оригинальными особенностями, среди которых прославились на

весь мир практическая система самовоспитания йогов и китайская дыхательная гимнастика. Обе системы выгодно отличались тем, что были пронизаны разумными идеями самопознания, самовоспитания, методами достижения внутренней гармонии и самокоррекции аномальных телесных или психических качеств. Греческая медицина также переняла в ходе своего развития многие рациональные достижения египетской и персидской медицины. Изучение основ нравственности, добродетели врачами Греции достигло во II в. до н. э. высокого уровня. Аристотель писал: «Природа дала человеку в руки оружие – интеллектуальную моральную силу, но он может пользоваться этим оружием и в противоположную сторону, поэтому человек без нравственных устоев оказывается существом самым нечестивым и диким, низменным в своих инстинктах». Это и есть основные принципы психотерапевтического лечения. Настоятельная необходимость познавать не болезни, а больных со всем многообразием особенностей течения заболеваний и разного отношения к ним привела, в частности, Гиппократу к разделению типов человеческих индивидуальностей на четыре темперамента. *Гиппократ, а позднее Гален выделяли следующие типы темпераментов:*

1) сангвинический – его представители отличаются уравновешенностью, подвижностью, живостью, эмоциональной выразительностью, отзывчивостью;

2) флегматический – его представители обладают спокойствием, медлительностью, размеренностью в действиях, обстоятельностью и последовательностью;

3) холерический – его представители безудержны, порывисты, резки в своих проявлениях, им присущи бурные реакции, состояние подъема, горячности, нередко сменяющееся периодами спада активности;

4) меланхолический – его представители угрюмы, робки, неуверенны в себе, нерешительны, им свойственно состояние грусти, подавленности, боязни трудностей.

В этой систематике темпераментов были заложены основы индивидуального подхода к людям, обеспечивающие развитие психотерапии. Неслучайно, с именами Гиппократу, этого величайшего мыслителя и врача древней Эллады, связана клятва, которую на протяжении многих веков дают выпускники высшей медицинской школы. Особое внимание в тексте клятвы уделено утверждению высоких моральных качеств врача, обеспечивающих наиболее гуманные формы общения и лечения больных, исцеление не только физического недуга, но и души пациента. «Медицина никогда не исцелит без утешения», – говорил Гиппократ. В этом «утешении» лежит глубокий медико-психологический смысл. Великий оратор Древнего Рима Цицерон впервые обратил внимание на значение в течении заболевания межчеловеческих отношений (социального фактора). Он писал: «Существуют два первоначала благополучия: никому не вредить и приносить пользу обществу».

Эти слова легли в основу психотерапевтической науки. В середине IX в. нашей эры после упадка греческой и римской культуры значительно возрастает роль восточной медицины. Ярчайшим ее представителем является гениальный врач Ибн Сина, известный как Авиценна. В 1020 г. он составил «Канон врачебной науки». Этим руководством на протяжении 700 лет пользовались врачи всего мира. В своем «Каноне» он, в частности, определил основы психотерапии, он писал: «Местом пребывания душевной силы и источником ее действия является мозг, уравновешивание душевных переживаний приводит к исцелению как души, так и тела». Таким образом, основа и принципы психотерапии были заложены в глубокой древности.

Неоценимый вклад в развитие психотерапевтической науки внесли и русские врачи. М. Я. Мудров подчеркивал, что «одни люди заболевают от телесных причин, другие – от душевных возмущений». Так в русской медицине зародились и развивались взгляды на соматопсихические и психопатические взаимовлияния в происхождении болезней. И. М. Сеченов отводил большую роль в развитии недугов окружающей среде, он писал в своем труде «Элементы мысли», что организм человека «без внешней среды, поддерживающей его существование, невозможен, поэтому в научное определение организма должна входить и среда, влияющая на

него». Гармония человека привлекала внимание многих передовых ученых и писателей России. Замечательный русский писатель и врач А. П. Чехов со свойственной ему страстностью восклицал: «В человеке должно быть все прекрасно: и лицо, и одежда, и душа, и мысли». М. Горький же писал: «Человек – это звучит гордо». Л. Н. Толстой подчеркивал, что «чем больше человек дает людям и меньше требует себе, тем он лучше, тем спокойнее его душа». Замечательный русский хирург Н. И. Пирогов и отец педиатрии Н. Ф. Филатов учили врачей лечить пациентов словом и никогда не забывать об их сложных душевных состояниях. С. П. Боткин и Г. А. Захарьин открыли принцип приоритета нервных механизмов в развитии патологического процесса. В своих работах Г. А. Захарьин писал: «... серьезно больные вообще уже в силу самого болезненного состояния находятся в угнетенном состоянии духа, мрачно смотрят на будущее. Для успеха лечения врач должен ободрить больного, обнадежить выздоровлением, указать на те хорошие стороны состояния больного, которых последний в своем мрачном настрое не замечает или не ценит». Это и есть основа психотерапии методом внушения. Основатель школы русских психиатров С. С. Корсаков впервые выделил «психическое лечение» в самостоятельный раздел медицинской науки, он всесторонне описал основные формы психического влияния на больного в ходе лечения. «В лечении различных болезней, – писал С. С. Корсаков, – психическое влияние врача играет в высшей степени важную роль, и способность пользоваться психическими факторами составляет всегда одно из выдающихся свойств замечательных врачей всех времен». Он подчеркивал, что целенаправленность, стремление к идеалу не только приводят к подъему духовных сил человека, но и способствуют поддержанию здоровья, объединяют в единое целое все стороны жизни организма, обеспечивают гармонию души и тела человека.

Выдающееся значение для развития психотерапии имело и имеет учение И. П. Павлова о высшей нервной деятельности, обогащенное новейшими достижениями нейрофизиологии. Это учение обосновывая единство организма и психики, раскрывая закономерности физиологии головного мозга, роль коры и подкорковых образований в жизнедеятельности организма, приобрело огромное значение для построения психотерапии. Огромное значение для теории психотерапии имеет концепция И. П. Павлова о двух сигнальных системах и их взаимодействии.

Принципы учения И. П. Павлова:

- 1) принцип целостности утверждает единство организма и решающую роль внешней среды в его развитии и деятельности;
- 2) принцип нервизма заключается в том, что головной мозг объединяет и регулирует всю внутреннюю и внешнюю деятельность организма, его взаимодействие со средой по принципу рефлекса, причем понятия условного и безусловного рефлекса отражают понятия эволюции, приспособляемости, изменчивости, онтогенетического и филогенетического развития, неизменной связи высших форм деятельности с низшими;
- 3) принцип единства процессов анализа и синтеза полученной извне информации;
- 4) принцип единства психического и соматического состояния организма;
- 5) принцип единства структуры и функции;
- 6) принцип необходимости не только изучения, но и активного управления деятельностью организма.

Кроме того, И. П. Павлов подробно раскрыл роль процессов торможения в деятельности нервной системы, особенно коры головного мозга. Он пришел к заключению, что торможение бывает двоякого рода:

- 1) пассивное, или безусловное;
- 2) активное, или условное.

К пассивному торможению он относил:

1) внешнее торможение как реакцию на новизну, на неожиданный, внезапный раздражитель, которая связана с возникновением новой доминанты, ориентировочной и самозащитной;

2) запредельное, или охранительное, торможение как реакцию на сверхсильные или длительные раздражения, которая предохраняет от истощения и гибели клетки головного мозга.

К активной разновидности торможения им отнесены:

1) дифференцировочное;

2) запаздывающее;

3) угасательное.

Пассивное торможение свойственно всей нервной системе, а активные, или условные, его формы – только коре головного мозга.

Торможение – это процесс, который развивается в онтогенезе и определяет возможности тончайшего анализа и синтеза всех внешних и внутренних раздражителей. У человека в связи с развитием речи в ходе общения с другими людьми, общественно-трудовой деятельности появляется «надбавка» в деятельности коры. Помимо реакций на непосредственные механические воздействия, обеспечиваемых первой сигнальной системой, человека отличает способность символических (речево-письменных) реакций как на непосредственные, так и на опосредованные воздействия. В связи с этим более древние формы сигнализации (оптико-жестико-моторные) сменяются словесными (акустико-вербальными). И. П. Павлов обращал внимание на то, что все закономерности первой сигнальной системы свойственны и деятельности второй, что обе сигнальные системы формируются на базе безусловно-рефлекторной деятельности. В целостной работе коры головного мозга существуют индивидуальные различия, выражающиеся в неодинаковых соотношениях между силой, уравновешенностью и подвижностью основных нервных процессов. Являясь результатом как врожденных, так и приобретенных влияний, эти индивидуальные различия были сведены И. П. Павловым, впрочем, как Гиппократом и Галеном, к основным четырем типам: сангвиническому, флегматическому, холерическому, меланхолическому.

Значение работ И. П. Павлова очень велико в становлении научной основы психотерапии.

А. А. Токарский, В. М. Бехтерев, А. О. Долин, К. И. Платонов и многие другие русские ученые также внесли свой вклад в развитие психотерапевтической науки. Например, А. А. Токарский еще в 1891 г. установил, что посредством внушения мы можем изменять деятельность органов чувств, функции двигательных и чувствительных нервов, деятельность сердца и дыхательного аппарата, влиять на сосудистую систему, двигательную функцию кишечника, мочеотделение, потоотделение. А. О. Долин в четком эксперименте показал, что внушение может оказать влияние на химические процессы в организме человека. Двум испытуемым, находящимся в гипнотическом состоянии, давали пить чистую воду и внушали им, что они пьют сладкий сироп, после чего у испытуемых обнаруживали в крови повышение содержания сахара. Если же испытуемые пили сироп, а им внушали, что они пьют воду, содержание сахара в крови не изменялось. В этом случае внушение, использующее образовавшиеся у испытуемых в прежнем жизненном опыте временные и причинные связи, давало эффект, выражающийся в изменении обменных процессов. В опытах, проведенных К. И. Платоновым, в которых он участвовал сам, было отмечено, что под влиянием внушения в гипнотическом состоянии можно достигнуть значительного ослабления и отдаления опьяняющего действия алкоголя. А. Г. Иванов показал в экспериментальных исследованиях, что слово может вызывать изменение сердечного ритма, артериального давления, сужение или расширение зрачков и прочее в условиях полного бодрствования и не только тогда, когда оно произносится экспериментатором, но и тогда, когда его произносит сам испытуемый. Конечно, многочисленные эксперименты убедительно показывают значение сигнальных факторов для жизнедеятельности организма, взаи-

модействие сигнальных систем (первой и второй), т. е. в психотерапии невозможно резко отделять воздействие слова от воздействия условных раздражителей первой сигнальной системы, что научно обосновал И. П. Павлов. Большое значение в становлении психотерапевтической науки имеет учение П. К. Анохина о физиологии эмоций. Эмоции рассматриваются им как важнейший фактор в строении деятельности и поведении человека. Эмоция «цементирует» все отдельные части реакции, придавая ей целостный, целеустремленный характер. Эмоция есть пример подлинной интеграции нервных и гуморальных процессов. П. К. Анохин придавал эмоциям большое значение, считая, что переадресовка всей силы эмоционального выражения на внутренние и внешние процессы создает стойкое изменение тонуса органов.

Учение Фрейда

Конечно, огромное значение на формирование психотерапии как науки оказывает учение Зигмунда Фрейда. Он родился 6 мая 1856 г. в маленьком австрийском городке Фрайберге, затем семья З. Фрейда переехала в столицу Австрии Вену, где он и жил и работал до 1938 г. Выбор медицины в качестве сферы деятельности отчасти был вынужденным из-за финансовых затруднений. После окончания медицинского факультета Венского университета он занимался сравнительной анатомией мозга, практиковал в качестве врача-невропатолога, затем работал в клинике Жана Шарко (кстати, сам Шарко, используя внушение и гипноз, мгновенно исцелял пациентов с симптомами истерического паралича конечностей, слепотой и глухотой). Используя большой опыт наблюдения за больными, З. Фрейд разрабатывал основные концепции своего учения, в основе которого лежат положения о главенствующей роли инстинктивных форм деятельности, считал, что в основе жизни и всех тончайших ее проявлений лежит энергия либидо, которая собственно и организует всю деятельность человека. Это основополагающее положение учения З. Фрейда делает акцент на биологических механизмах высших форм деятельности человека, а не на обстоятельствах жизни, но З. Фрейд не отрицает важность инстинктивных форм деятельности. Жизнь человека направляется, по З. Фрейду, влечением к жизни, влечением к смерти и к разрушению. Все же факторы окружающей среды – всего лишь переходящие, несущественные обстоятельства. Будучи последовательным в своих взглядах, З. Фрейд биологизирует и уровни сознания (личности), для обозначения которых он использует термины «оно», «я», «сверх-я».

Оно (глубинная, инстинктивная, врожденная основа сознания) – «бессознательное», «истинная психическая реальность», «главный источник силы».

Я – система внешнего опыта (объективные силы), зависимая от оно. Я лишь от него получает необходимую силу для контроля действия.

Сверх-я – результат приобретаемых в жизни оценок и идеалов общества, которое в конечном счете также является произвольным оно. В результате вся психическая деятельность определяется и обогащается не сознательными формами взаимодействия человека со средой в ходе бесконечно меняющихся сложных межчеловеческих общественных отношений, а за счет биологической основы так называемого оно, иными словами, полового влечения – либидо. В своем учении З. Фрейд настаивает на значении для формирующейся психики пережитого опыта в период раннего детства. В правильности этого положения сомневаться невозможно. С точки зрения проблемы лечения половых расстройств взгляды З. Фрейда имеют огромное значение.

Согласно учению З. Фрейда стадии психической жизни обусловлены развитием сексуальности от рождения до зрелости. Он разработал карту эрогенных зон тела, чтобы представить развитие духовной жизни (психики) как своего рода перемещение либидо. Он выделяет оральную, анальную, фаллическую и генитальную стадии развития психической деятельности, знаменующие собой кризисные пространственно-временные этапы развития человеческого существа от рождения до зрелости.

Оральная стадия

Маленький ребенок при рождении тотально сексуально пер-верзен, т. е. представляет собой чисто инстинктивное создание, управляемое недифференцированной неорганизованной сексуальностью. Фрейд называет первую фазу развития ребенка разлитым аутоэротизмом и нарциссизмом. Когда бы младенец хотел выразить словами свое отношение к миру, мы бы услышали: «Меня нужно любить всегда, везде, все мое тело, все мое я без всякой критики, без малейшего встречного движения с моей стороны». Тем не менее в процессе дифференциации эрогенных зон очень скоро после своего появления на свет младенец открывает для себя область наивысшего наслаждения. В течение первых 18 месяцев все его желания сосредоточены в оральной области (области рта). Наибольшее наслаждение он получает от сосания материнской груди. Оральное наслаждение в этот период жизни и развития организма диффузно, привязано к чисто физиологическому удовлетворению своих потребностей. Дети получают наслаждение не только от сосания материнской груди, но и от сосания пустышки, бутылочки, пальцев и т. д. Взрослые также могут возвращаться к наслаждениям оральной сексуальности через поцелуи, оральное ласкание груди и других частей тела. З. Фрейд считает, что табакокурение, употребление алкоголя – это атавизмы примитивной оральной стадии сексуальности. Детские оральные сексуальные побуждения интенсивны и обусловлены изнутри, но дети зависят от других людей, прежде всего родителей, поскольку те обеспечивают ребенку грудь и бутылочку для получения адекватного орального удовлетворения. Младенец первого года жизни может испытывать определенные сложности в зависимости от того, как родители откликаются на его нужды. Если родители игнорируют эти нужды или, наоборот, склонны к гиперопеке, то затрудняется переход детей от оральной стадии развития личности к последующей. Возникает фиксация на оральной стадии, вся энергия младенца направляется на получение необходимого орального наслаждения и удовлетворения. Возможно развитие орального садизма, например фантазия разрушения плохо питающей груди. И, наоборот, чрезмерное потакание прожорливости ведет к развитию оральной личности, и, как следствие этого, в дальнейшем возможно появление различных психоневротических расстройств, в том числе и сексуальных. Согласно учению З. Фрейда, а также исследованиям его учеников А. Абрахама и А. Клейна ребенок глубоко переживает травму рождения, они рассматривают рождение как изгнание из рая стабильности, надежности, слитности. Таким образом, рождение становится стрессом, столкновением с реальностью, угрожающим самому факту существования, выживания ребенка в этом мире. Ближе всего к ребенку его мать. Злая и добрая материнская грудь становится прообразом мира человеческих отношений и собственного я. От того, как в дальнейшем будут развиваться отношения «я – другой» и формироваться собственное я, зависит психическое развитие личности. Правильность этого положения в учении З. Фрейда неоспорима.

Анальная стадия психосексуального развития

В обществе функции и продукция ануса (заднепроходного отверстия) не являются особо приглядными, тем не менее З. Фрейд считал, что эта область тела выступает интенсивным источником наслаждения для детей от 18 месяцев до 3 лет. Слизистая оболочка рта теряет в этот период роль ведущей эрогенной зоны, и эта роль переходит к прямой кишке, слизистой ануса и прилегающим участкам кожи. Воздействие содержимого кишечника, акт дефекации приятно влияют на ребенка. Дополнительное удовольствие начинает доставлять умение регулировать мускулатуру ануса (т. е. сдерживать или вызывать дефекацию). З. Фрейд считал, что фекалии имеют двойственный статус: инородный объект, внедренный в собственное телесное я ребенка и одновременно часть собственного тела малыша. Дефекация, разумеется, становится источником беспокойства матери даже при самом дружелюбном и лояльном (любящем) ее отношению к ребенку. Если же мать проявляет беспокойство, неудовольствие, предъявляет исключительно высокие и строгие требования к регулярности, опрятности, если ей неприятен

грязный ребенок, то она воспринимается как нечто враждебное, угрожающее. Таким образом, стадия анального развития способствует самоутверждению, развитию независимости, самозащите, если это необходимо. Кроме того, З. Фрейд предполагал также, что на этой стадии устанавливается что-то вроде изоморфизма между внутренним и внешним миром ребенка, так что внешний мир он воспринимает как бы по образу и подобию своего внутреннего мира и отношения к матери. Поэтому ребенок наделяет все живое качествами живого объекта – добрыми или злыми. Анальная стадия прочно связывается З. Фрейдом с идеями детского творчества во всех его проявлениях, духом сказочного, фантастического, доброго или злого. Неоспоримо, что развитие ребенка в возрасте от 18 месяцев до 3 лет и его дальнейшее становление как личности во многом зависят от отношения матери и умения приспособиться к окружающему миру.

Фаллическая стадия психосексуального развития

На этой стадии, по мнению З. Фрейда, все желания и мысли сфокусированы в области гениталий. У детей от 3 до 6 лет отмечается повышенный интерес к своим гениталиям. Этот возраст З. Фрейд называет фаллическим, подразумевая, что психологически и для мальчика, и для девочки лишь один сексуальный орган, а именно пенис, приобретает решающее значение в развитии всей психической жизни. Он считает, что в этой стадии мальчик идентифицируется с пенисом, который становится (иногда и остается на всю жизнь) мерилем ценности его я, эталоном сравнения себя с другими, что, в частности, проявляется в известной детской игривости «Давай-ка посмотрим, кто больше писает!». В соответствии с нарциссизмом (оральной стадией) мальчик изначально полагает, что все имеют то, что есть у него, т. е. по его представлениям пенисом обладают все, и девочки в том числе. Открывая несоответствие представлений реальности, мальчик испытывает тревогу. Особые переживания возникают вследствие появления в качестве новой фигуры в жизненном пространстве мальчика отца, властно заявляющего о своих правах на мать, которую ребенок уже привык считать исключительно своей собственностью. Эта идея собственности уже заложена в предыдущей анальной стадии. Теперь же появление третьего возбуждает нешуточные страсти. В возрасте 3–5 лет коренным образом меняется общение ребенка, из схемы «мать-дитя» постепенно преобразуется треугольник «мать-дитя-отец», куда именно в своей мужской роли включается отец. Кроме того, в качестве дополнительных элементов в этот треугольник включаются братья, сестры, сверстники. Возникают сложные проблемы общения: лидерства и подчинения, сотрудничества, усвоения правил общения и т. д. Развиваются эмоции. При неправильном взаимоотношении ребенка с отцом или матерью нередко формируется эдипов комплекс, он подразумевает рост эротического компонента любви к родителю противоположного пола и ревность, соперничество, даже ненависть к родителю того же пола. У мальчиков, например, материнская фигура внезапно как бы начинает восприниматься в совершенно новом ракурсе – знакомой незнакомки. Очень тонкое и поэтическое описание этой метаморфозы дает Дж. Голсуорси в «Саге о Форсайтах»: «Уплетая варенье под старым дубом, он (маленький Джон) заметил в своей матери много такого, чего, казалось, никогда раньше не видел: щеки цвета сливок, серебряные нити в темно-золотистых волосах, во всех движениях что-то мягкое... Она была ужасно красивая, красивее всех, даже тети Холи, которая ему очень нравилась. Эта новая красота матери имела для него какое-то особенное значение, и он съел меньше варенья, чем собирался... Он был до крайности возбужден... Он все смотрел на нее, пока наконец странная улыбка отца не заставила его поспешно переключить внимание на лежавший перед ним ломтик ананаса. Спать он отправился позднее, чем когда-либо в жизни». Однако для идиллической картины здесь все далеко не так просто. Не меньше внимания, любопытства вызывает теперь отец, тоже новый незнакомец, и мать в этих отношениях нередко выступает помехой в налаживании с отцом своих, отдельных и чисто мужских отношений. Бисексуальная предрасположенность добавляет в отношение к отцу зна-

чительную дозу любви, мужской привлекательности, притягательности, восхищения, которые в развитии мальчика играют исключительно позитивную роль, поскольку способствуют образованию идеала я. Преодоление эдипова комплекса является предпосылкой успешной интеграции всех предшествующих стадий психосексуального развития. Тревоги девочки этого возраста связаны с открытием анатомических различий в гениталиях. В этот период у девочек возникает фаллическое соперничество: маленькие девочки перенимают мальчишеские манеры и стремятся ни в чем не отстать от мальчиков, девочка ищет свою половую идентичность. Так, энергичная, деловая, эмоционально холодная мать для девочки скорее играет в ее представлении мужскую роль, которая затем может подкрепляться выбором подруг по принципу дополненности – мягких, женственных. И, наоборот, мягкая, женственная мать закрепляет за девочкой образ женского начала: очарование, красоту и через эти качества – превосходство перед противоположным полом. С другой стороны, у девочки возникает некоторое разочарование в матери (причины – отнятие от груди, рождение других детей). В результате девочка предъявляет особое требование к отцу, которое заключается в возмещении ущерба, который по ее мнению, наносит ее мать. Любовь к отцу смешивается с чувствами вины и ревнивой ненависти к матери. В своих желаниях и девочка, и мальчик стремятся как соединить, так и разъединить родителей, в свою очередь, и родители могут втягивать ребенка в решение своих супружеских проблем, а ребенок способен поставить себе на службу родительское чувство вины. Таким образом, эдипов комплекс не представляет собой чисто биологический феномен. Он вполне вплетен в канву внутрисемейных отношений. Особое влияние на психическое развитие ребенка, по мнению З. Фрейда, оказывают следующие факторы:

- 1) травмирующие события, такие как рождение другого ребенка, который отнимает внимание матери, случайное наблюдение за сексуальными сценами между родителями и др.;
- 2) единственный ребенок в семье страдает сильнее, так как другие дети не облегчают давление родителей;
- 3) отсутствие одного из родителей осложняет отношение к оставшемуся и утраченному родителю;
- 4) конфликт и ссоры между родителями, особенно из-за ребенка, усиливают страдания ребенка;
- 5) жестокая пуританская семейная мораль травмирует ребенка. С этими положениями теории З. Фрейда о преобладающем влиянии полового развития на формирование психического статуса личности трудно не согласиться. Ведь именно эти вышеперечисленные обстоятельства нередко приводят к тяжелым сексуальным расстройствам.

После шестилетнего возраста наступает латентный период, когда ребенок преодолевает эдипов комплекс и происходит развитие самого «я», т. е. формируется самопознание, самоуважение. Именно во время латентной стадии происходят весьма существенные процессы, подготавливающие дальнейшее развитие психического аппарата, целями которого становятся адаптация к реальности и устойчиво-независимое самоуважение. Общение со сверстниками начинает приобретать большую ценность, чем внутрисемейное общение. Ребенок осваивает такие социально важные навыки общения, как компромисс, послушание, исполнительность, наряду с соревнованием и конкуренцией. Ребенку постепенно становятся доступными осознание своих поступков, их оценка не только на основе родительских ограничений, но и благодаря развитию чувств вины и стыда, а также мнений сверстников. Игра и познавательное отношение к миру, который теряет качества враждебности, правят свой бал.

Генитальная стадия психосексуального развития

Латентный период заканчивается с началом гормональной перестройки, знаменующей оживление утихших было конфликтов. Равновесие между я и оно нарушается. Энергия я, прежде направленная на познание внешнего мира, поворачивает в другую сторону – в позна-

ние сексуального влечения. Из давно забытой оральной стадии возвращается обжорство, к нему немедленно присоединяются всевозможные аддикции – курение, алкоголь, нередко наркотики. Новое поколение добавило азартные игры, компьютер, безудержную любовь к странным электронным игрушкам – тамагочи и т. д. С анальной стадии надвигаются подростковая жестокость, неряшливость, бесстыдство, беспардонность и пр. Фрагменты эдипова комплекса дают о себе знать в форме бесчисленных страхов и сомнений в своей половой идентичности, муки стыда собственного несовершенства готовы «сгрызть» подростка, потерявшегося в бездне новых открытий. Бисексуальность ставит вопрос, кем быть. Созревшая генитальность заставляет искать ответ, отвергнув путь помощи родителей, в случайных сексуальных связях. Может возникнуть ситуация ненормальной половой ориентации. Подросток в этой стадии отгораживается от семьи, родительские идеалы утрачивают свое влияние и силу, подросток становится асоциальным.

З. Фрейд считает, что исход борьбы за правильное формирование собственного я может быть двояким и реализоваться в:

1) душевной болезни;

2) здоровой адаптированности и зрелости защитных механизмов. Разумеется, в учении

З. Фрейда имеется рациональное зерно, оно имеет большое значение в понимании некоторых механизмов психического развития личности.

ОСНОВЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА

Возможности и успехи психотерапии основаны на психической деятельности человека.

Выдающийся психиатр Эрнст Кречмер называл душою непосредственное переживание, которое разделяется для человека на два полюса: одним является я, другим – внешний мир. Комплексы сознания я и внешнего мира в их широких пограничных зонах переходят друг в друга, и все переживания возникают из взаимодействия между я и внешним миром. При этом либо я воспринимает воздействия из внешнего мира, либо я воздействует на внешний мир. Еще одна группа психических феноменов – это аффективность, которая объединяет то, что душевные процессы получают в чувственных тонах, т. е. дифференцируют их ценность для я. Аффективность в своей биологической сущности – это то, что называют влечением и темпераментом. Исчерпывающего, всеми признанного определения психики до настоящего времени нет. Трудность такого определения объясняется прежде всего сложностью изучаемого объекта. Это и понятно, так как головной мозг представляет собой высшую, наиболее сложную форму организации материи, а сознание – высшую форму отражения действительности. Другая трудность состоит в чрезвычайной индивидуальности психики, психического склада личности отдельного человека, который фактически неповторим. Такая неповторимость представляет собой одновременно и следствие бесконечного многообразия внешних обстоятельств, отражаемых в мозге человека, и результат тонкости и сложности отношения индивидуума к действительности. Наконец, затрудняет решение этого вопроса крайняя пестрота взглядов ученых, исследующих его, которая, в свою очередь, связана с разноречивостью, а иногда и с противоречивостью методологических, философских исходных позиций и установок. И все же рабочее определение психики сводится к следующему: психика представляет собой наиболее совершенную форму внутренней субъективной деятельности, которая за счет пересечения субъективных категорий обеспечивает построение адекватных суждений и умозаключений о внешнем мире, о себе самом и о своих отношениях с миром не только непосредственно, но и опосредованно, отвлеченно, вне прямых контактов с соответствующими объектами окружающей действительности. Эта форма деятельности обеспечивает возможность не только оперировать субъективными моделями предметов и обстоятельств действительности, но и реконструировать, дополнять, творчески совершенствовать и даже создавать, открывать новые модели,

используя для этого ранее накопленный индивидуумом субъективный опыт. Она обеспечивает более полное непосредственное, и опосредованное познание явлений действительности: осмысленную, осознанную деятельность, направленную на наиболее совершенное и полное удовлетворение потребностей человека как в интересах его самого, так и общества.

Психическая деятельность – категория приобретенная. Врожденными и генетически обусловленными являются лишь те биологические системы головного мозга, которые оказываются основой психической деятельности. Содержание же психики не наследуется, а формируется на протяжении всей жизни человека от рождения до смерти. Первичным, таким образом, для психической деятельности является реально существующий независимо от сознания людей материальный мир. Реальная действительность, представленная объектами, обладающими разными свойствами:

1) физическими (предметами с их одинаковой плотностью, тяжестью, консистенцией, конфигурацией, температурой, скоростью перемещения в пространстве, электромагнитными свойствами и др.);

2) биологическими (растениями, животными, объектами растительного и животного происхождения);

3) общественными, специфически человеческими (словами, поступками, рекомендациями, указаниями, действиями людей и коллективов и пр.).

Отражение объектов действительности осуществляется головным мозгом с помощью органов чувств (учение И. П. Павлова) – анализаторов. Поступившая в мозг информация в форме образов впечатления синтезируется, в частности, за счет сопоставления и анализа ранее сформированных образов-представлений с образом новых впечатлений. Эта информация закрепляется в памяти, обогащая субъективный опыт человека и обеспечивая возможность направленных действий, ответных по отношению к внешним раздражителям. Любой акт отражения действительности следует рассматривать как прямую связь в системе «человек–окружающая среда». Обратной связью этой системы всегда служит отношение человека к соответствующим объектам или обстоятельствам действительности. Такое отношение составляет активную форму психического действия в соответствии с накопленным субъективным опытом и выступает в форме:

1) направленного психомоторного акта – действия;

2) *pere* (двигательного акта) – словесного выражения отношения;

3) форме внутренней, субъективной оценки отраженного объекта (обстоятельств) окружающего мира.

Как отражение, так и отношение осуществляется по принципу условного рефлекса. Психическое действие (мысль) И. М. Сеченов рассматривал как «первые две трети психического (условного) рефлекса». Психическое действие (субъективный акт) представляет собой рефлекс, в котором существуют начальная, иначе говоря, афферентная (отражение) и центральная (мозговая, синтез-аналитическая) трети, тогда как оставшаяся треть (афферентная, психомоторная, внешнее отражение) заторможена. Изложенная мысль включает лучшую в мировой и научной литературе и наиболее глубокую формулировку рефлекторного механизма психического акта – субъективного. Сам термин «субъективное» у некоторых лиц, механически понимающих действительность, вызывает не только сдержанную реакцию, но нередко даже протест. Особенно часто с этим приходится иметь дело при попытках научного толкования субъективных категорий психики. Эта позиция глубоко ошибочна и, более того, вредна. А. А. Ухтомский, крупнейший русский физиолог, писал: «Так называемые субъективные показания столь же объективны, как и всякие другие, для того, кто умеет их расшифровать». Главное обоснование объективной сущности субъективных категорий психики составляют глубина и точность достижений современной научной мысли, величие человеческих созиданий и достижение межчеловеческого взаимопонимания даже в сложных условиях современной

общественной жизни. Формирование психики в процессе роста и развития человеческого организма включает две ее основные формы:

- 1) с преобладанием образных субъективных категорий (образов, явлений);
- 2) с преобладанием безобразных субъективных категорий (понятий).

Как правило, первая форма психики свойственна детскому возрасту, а психическая деятельность в этом случае сопровождается богатством воображения, фантазией (активным перенесением ярких образов-представлений в условиях отвлечения от действительности). Вторая форма психики более типична для лиц зрелого возраста. Однако любые безобразные субъективные категории всегда формируются на основе образных и неотрывно сосуществуют с ними. Наблюдения показывают, что в человеческом опыте нет категорий психики, которые формировались бы или существовали вне чувственного (сенсорного) содержания. Процесс формирования более высоких абстракций (понятий) из более низких (представлений) происходит путем усложнения, обобщения, отвлечения, а вместе с тем дифференциации и автоматизации каждой предшествующей категории. Образные формы субъективных категорий всегда воспринимаются в сознании человека как более яркие, чувственные, пространственные, относительно более стойкие. Безобразные обычно возникают мгновенно, как готовые сложившиеся категории, формируются в виде элементов внутренней, беззвучной речи (мыслей), вербальных (словесных) толкований отражаемых событий. Они меньше осознаются, труднее прослеживаются в сознании. Эти различия послужили основанием для обсуждения вопроса о сознательных и неосознаваемых (бессознательных) проявлениях психики. На первый взгляд понятие «неосознаваемое» исключает саму сущность психического. По сути дела это не так. Уже в таких определениях, как «концентрация внимания», «сознательное отношение», «осознанное решение» и другие, всегда заложено то или иное противопоставление. Если внимание направлено на какой-то объект или сознание сосредоточено на конкретной идее, то это не означает, что психическая деятельность данного лица выключена по отношению к тем объектам и идеям, которые остаются вне сферы сосредоточения.

Во-первых, при этом человек сохраняет параллельно разворачивающиеся иные формы психической деятельности. Сосредоточенный на объекте, он обдумывает его особенности, связи, зависимости, происхождение, концентрируется на идее, внутренне обсуждает ее, привлекая субъективный опыт, совершает не относящиеся к идее сопутствующие разумные действия и т. д.

Во-вторых, современные электрофизиологические характеристики фаз сна побуждают не только по-разному оценивать состояние его (сон ортодоксальный, сон парадоксальный), но и убедительно свидетельствуют о том, что в состоянии сна в мозговых структурах происходят сложные процессы ассимиляции, субъективного опыта, накопленного в период предшествующего бодрствования).

В-третьих, даже во сне при кажущемся полном выключении психики человек видит сны, а фабула сновидений формируется на основе опыта, накопленного в бодрствующем состоянии, ведь сновидение – это необъективное видение обычных впечатлений.

По принципу Сеченова-Павлова любые формы психической деятельности (как осознаваемые, так и не осознаваемые человеком) представляют собой систему рефлексов. При этом имеют место следующие существенные обстоятельства.

1. Общие принципы системы, а именно любая система, раскрывая содержание тех или иных изменений в неживой или живой природе, в жизнедеятельности организма животных или человека, в биологических или психических актах, в индивидуальной или общественной деятельности, никогда не ограничивается односторонней связью внутри себя. Она всегда (и без этого не может существовать никакая система) представлена прямой и обратной связью. Вечное и бесконечное взаимодействие прямой и обратной связи, которое обеспечивает качество любой системы, царит и в сложных механизмах психической деятельности.

2. Механизм образа. По мнению ведущих специалистов, образ представляет собой универсальную модель первичного психического формирования образа, по сути дела раскрывает сущность не только самого образа, но и психического явления в целом. Тот или иной образ формируется на основе накопленных субъективных впечатлений (субъективного опыта), которые постепенно накапливаются в памяти в неосознаваемой форме. В этом сложном процессе существует единство взаимодействия между информацией осознаваемой и неосознаваемой. Последняя обогащает всякий новый сознательный акт, обеспечивая ему по мере повторения все большую легкость образования, отточенность, наиболее экономное и совершенное возникновение в виде мимолетного воспоминания. Уровни неосознаваемости данного психического действия тем более глубоки, чем больше автоматизировано это действие и чем более полно формула его закреплена в физико-химической матрице – мозге.

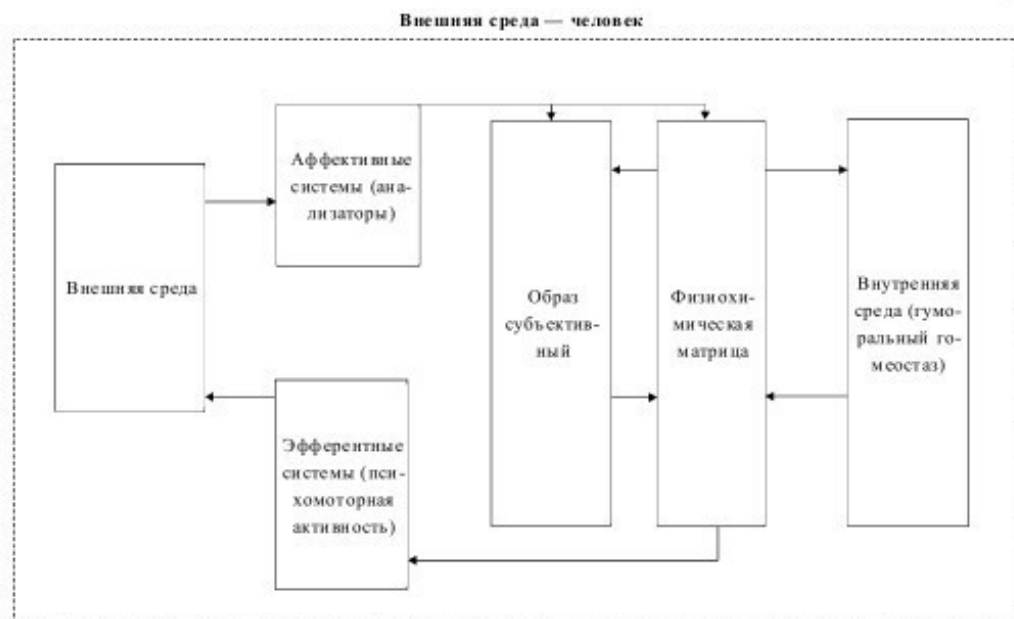
Сложную систему «внешняя среда – человек» можно изобразить в виде схемы «внешняя среда – человек».

Таким образом, сложная система «внешняя среда – человек» содержит в качестве прямой связи отражение действительности, а в качестве обратной – активное выражение отношения к ней. При этом, как это свойственно любой сложной системе, в ней схематически можно выделить по крайней мере четыре обязательные подсистемы: внешней среды – АВ; прямой и обратной афферентации – СБ; образа матрицы – ЕБ; гуморального гомеостаза – МН. Как прямая, так и обратная связи системы «внешняя среда – человек» представлены сложным взаимодействием прямых и обратных связей в подсистемах. При этом ведущим критерием системы служит единство взаимодействия подсистем при одновременном единстве взаимодействия прямой и обратной связей. Одним из всеобщих механизмов аномалий психической деятельности в связи с этим является нарушение системогенеза: взаимодействия подсистем, составляющих систему, и взаимодействия между прямой и обратной связью (между отражением и отношением). Этим определяется один из принципиальных механизмов конфликта независимо от того, происходит он в психически осознаваемой или неосознаваемой области. Если в первом случае он всегда зарождается вовне, в сфере общения человека с окружающей действительностью, то во втором – внутри, главным образом в сфере подсистемы «образ-матрица». Принципиальное единство механизма конфликта в этих двух сферах раскрывает широкие возможности для достижения эффекта действия от применяемых лечебных воздействий (в том числе и психотерапии) как на соматические, так и на психические состояния человека. Те психические процессы, которые следует рассматривать как неосознаваемые (бессознательные), никогда не возникают первично. Они всегда порождаются предшествующим активным многократным осознанием, а, кроме того, сами позднее обеспечивают более высокий уровень сознательной психической деятельности.

Схематически можно представить *три основных направления психических действий*:

- 1) вовне;
- 2) в обстоятельства, окружающие человека (отражение внешних событий и отношение к ним);

Схема 1



3) внутрь, в сферу изменений, происходящих в организме, в том числе в логическую составляющую психической индивидуальности.

На его основе формируется характер – психологическая составляющая психической индивидуальности, а затем происходит становление личности – социальная составляющая психической индивидуальности.

Темперамент

Темперамент – это характеристика индивида со стороны динамических особенностей его психической деятельности, т. е. темпа, ритма и интенсивности отдельных психических процессов и состояний. По мнению ведущих психиатров, практически все имеющиеся у человека индивидуально-психические свойства и качества опосредуются соматической конституцией. Например, У. Шелдон выделил три соматотипа и описал следующие особенности:

1) эндоморф – висцеротоник: расслабленные осанка и движения. Приветлив, добросердечен, легок в общении и ровен в выражении своих чувств. Любит сытость, покой, гостей, общество, комфорт и условности в общении. Желает симпатии и признания, непосредствен в эмоциональном контакте, тщеславен, но терпим. Гурман, хорошо спит, в тяжелую минуту, момент горя стремится к людям;

2) мезоморф – соматотоник: уверенная осанка и движения, непринужден в контакте и поступках, но скрытен в чувствах и эмоциях. Любит риск, соперничество, приключения, шум, спортивные состязания. Властолюбив, воинствен, психически крепок, игнорирует физическую боль. Агрессивен, настойчив и придиричив в состоянии опьянения. Испытывает потребность в физических упражнениях. Голос повышен. Боится скованности, заточения. Склонен воспроизводить в воображении цели и действия, связанные с юношескими годами;

3) эктоморф – церебротоник: скованная осанка, заторможенность в движениях, сдержан в общении, поведении, чувствах, контролирует мимику, жесты. Обладает живым умом, наблюдательностью, прилежанием, скрытен, избегает и боится общества, больших пространств, отличается посредственностью поведения, тихим голосом, чувствительностью к боли, плохим сном и утомляемостью. Любит одиночество, в момент горя, тяжелые минуты стремится к нему. Устойчив к действию алкоголя, воображение устремлено в будущее. Приведенная классифи-

кация отражает связь соматоморфо-типа человека с высшими уровнями индивидуальности психической деятельности, но не обнаруживает четкого деления индивидуальных свойств человека на социально и биологически обусловленные, поэтому не может являться эталоном, аксиомой.

Большинство психиатров и психотерапевтов в настоящее время в клинической практике пользуются параметрами, с помощью которых возможна диагностика темперамента. К ним относятся:

- 1) эмоциональность;
- 2) скорость мышления;
- 3) скорость двигательных актов;
- 4) общительность.

Эмоциональность включает понятие скорости появления эмоциональной реакции, аффекта или переживания после начала действия раздражителя или появления значимой ситуации, а также характеристику эмоциональных переживаний – длительность, стабильность, лабильность и выраженность, направленность вегетативного подкрепления эмоционального переживания. Внешне эмоциональность проявляется холодностью, невозмутимостью, стабильностью, возбудимостью, горячностью и т. д. Любое выраженное эмоциональное переживание в обязательном порядке сопровождается вегетативными проявлениями: сердцебиением, изменением дыхания и терморегуляции, особенностями пото- и слюноотделения, сухостью и влажностью, покраснением или по-бледнением кожных покровов, ускорением или замедлением перистальтики кишечника и колебанием артериального давления и некоторыми другими признаками.

Вторым параметром темперамента является **скорость мышления**. Данный параметр оценивается на основании скорости появления ассоциаций (так называемой быстроты ума) и скорости речи (имеется в виду стиль речи). О них можно судить, в частности, по скорости ответов на поставленные вопросы или задачи и скорости проговаривания слов и фраз.

Выделяются люди, скорость мышления которых высокая («быстродумы») и низкая («медленнодумы», или «тугодумы»). Особенности мышления затрагивают лишь количественный показатель, в то время как качественные (целенаправленность, продуктивность и др.) в расчет при оценке типов темперамента не берутся.

Скорость двигательных актов отражает сенсорную реактивность, характеризующуюся быстротой появления ответа на раздражитель. Он, как правило, коррелирует с общей реактивностью (скоростью возникновения ощущений, восприятия и воспроизведения). Однако внешне именно на основании скорости двигательных актов можно судить о реактивности.

На основании сенсомоторной реактивности выделяют лиц, у которых отмечаются средние показатели, а также превышающие или не превышающие их. Внешне это проявляется быстрое действие, скоростью, шустростью или, наоборот, медлительностью при ходьбе, беге и совершении обыденных действий – умывании, одевании и др.

К параметрам темперамента, сходным с параметром скорости двигательных актов, относится активность человека, проявляющаяся в частоте и выраженности обыденной деятельности и готовности начать ее при любом удобном случае (импульсивности). Антиподом человеку, нацеленному на активность и постоянное выполнение какого-либо вида деятельности, выступает пассивный, уклоняющийся от любой деятельности человек. Различаются они также на основании уровня их энергетического потенциала – энергичности и нацеленности на постоянную деятельность.

Общительность – это выраженность субъективной и объективной направленности на общение, которое можно считать пограничным феноменом психической индивидуальности. Общение входит в структуру темперамента и является биологически опосредованным. На про-

цессе формирования общительности сказывается и характер воспитания. По данному параметру выделяют людей общительных – экстравертов и замкнутых – интровертов.

К свойствам темперамента можно отнести впечатлительность и импульсивность. Впечатлительность равнозначна эмоциональности, а импульсивность характеризуется силой побуждения, а также скоростью, с которой люди овладевают моторной сферой и переходят к действию. При использовании впечатлительности и импульсивности можно довольно точно описать различные типы темперамента (табл. 3).

Таблица 3 Типы темперамента

Тип темперамента	Показатели впечатлительности (В) и импульсивности (И)
Холерик	В ↑ И ↑
Меланхолик	В ↑ И ↓
Сангвиник	В ↓ И ↑
Флегматик	В ↓ И ↓

На основе вышеприведенных параметров специфическими особенностями холерического и меланхолического типов темперамента считается сочетание впечатлительности, повышенной эмоциональной ранимости и склонности к выраженному аффект-ному реагированию в конфликтных ситуациях, особенно возникающих неожиданно. Отличия холерического и меланхолического типов темперамента заключаются в разной представленности импульсивности, которая отражается также на особенностях проявления эмоциональности. Так, у холерика повышенная эмоциональность сочетается с быстро возникающими и так же быстро исчезающими аффектами – вспышками гнева, раздражительности, страха, паники, радости, экстаза и т. д. У меланхолика эмоциональные переживания носят, как правило, более длительный характер. Они возникают медленнее, но и медленнее редуцируются. Отмечается склонность к заикливанию на определенных эмоциональных переживаниях – депрессии, тоске, печали, чувстве вины, стыда, застенчивости. По параметру пониженной эмоциональности (впечатлительности) сходны сангвиник и флегматик. Их эмоциональные переживания не столько глубоки, как у холерика или меланхолика, однако не следует думать, что они отсутствуют вовсе. Внешне снижение уровня впечатлительности проявляется у них более спокойным отношением к неприятностям, психотравмам, конфликтам. Их называют иногда «толстокожими», имея в виду невозмутимость и отсутствие ярких эмоциональных реакций на внешние раздражители. Различие эмоциональных сфер сангвиника и флегматика заключается в выраженности немногочисленных слабых проявлений эмоций. Флегматик, как правило, безразличен ко многим сторонам жизни в силу инертности познавательных процессов, тогда как сангвиник реагирует на многие ситуации, но не принимает близко к сердцу. Иногда говорят о внутренней холодности сангвиника при внешней общительности. Параметр импульсивности, по которому схожими являются холерик с сангвиником (высокого уровня) и меланхолик с флегматиком (низкого уровня) выражается в быстроте двигательных реакций и сообразительности, активности, настойчивости, решительности.

Для еще более точной диагностики типа темперамента (а от типа темперамента непосредственно зависит степень любого психотерапевтического воздействия) можно воспользоваться дополнительными составляющими, а именно:

- 1) уровнем активности, определяющимся отношением активного и пассивного поведения в течение дня;
- 2) ритмичностью (регулярностью), определяющейся как степень предсказуемости времени появления поведенческих реакций (например, чувства голода, времени наступления и продолжительности сна и т. д.);

3) адаптивностью, оценивающейся на основании реагирования на новые или меняющиеся ситуации;

4) интенсивностью, характеризующейся выраженностью реакций независимо от их значимости или направленности;

5) настроением, т. е. соотношением радостного и безрадостного состояний, а также реакций, называемых расположением к окружающим;

6) длительностью внимания и настойчивостью, отражающими временную протяженность некоторой деятельности и способность продолжить деятельность, несмотря на трудности в ее осуществлении.

Описанные составляющие (параметры) дополняют характеристику типов темперамента еще более точно. Очень интересным является второй критерий (ритмичность), в котором отводится большая роль таким биологическим потребностям, как сон и еда. Кроме того, этот параметр включает и такую характеристику, как реагирование человека на неудовлетворение сексуальных потребностей или избыток сексуальной жизни (гиперсекс), что особенно важно для понимания причин возникновения сексуальных расстройств и поиска способов их лечения (различных психотерапевтических методов) у пациентов с различными типами темперамента. Более того, сексологи и сексопатологи выделяют врожденную характеристику половой (сексуальной) конституции и говорят о сексуальном темпераменте. Подробно этим вопросом занимался З. Фрейд, основные положения учения которого были описаны в предыдущей главе.

Параметры темперамента имеют склонность к поразительному постоянству во времени. Они практически не изменяются от рождения до глубокой старости. Типы темперамента, как было доказано многими экспериментами и наблюдениями, отражают лишь количественную сторону психической деятельности, они не несут смысловой нагрузки, т. к. являются биологическим продуктом, в самом темпераменте не существует побудительной основы.

Характер

Характер – это совокупность индивидуальных, сложившихся в процессе социализации и ставших устойчивыми стереотипов поведения, штампов эмоциональных реакций, стиля мышления, зафиксированная в привычках и манерах система взаимоотношений с окружающими. В чертах характера (в отличие от темперамента) отражаются и присущие индивиду поведенческие врожденные матрицы и приобретенные в процессе воспитания, общения с окружающей действительностью, причем определенные стереотипы поведения сначала (в детстве) навязываются, прививаются, а потом становятся автоматическими. Человек к возрасту совершеннолетия практически завершает формирование черт характера, и его поступки носят оттенок устоявшихся и необсуждаемых правил. Характер так же, как и темперамент, является устойчивой структурой, не склонной существенно изменяться в течение жизни. Его изменение возможно только в случаях тяжелой и длительной психической или соматической болезни, а также в условиях длительных угрожающих жизни событий. Если темперамент называется биологической составляющей индивидуальности, то характер – психологической составляющей. Связь параметров темперамента и черт характера не является линейной, т. е. нельзя достоверно предсказать, какие черты характера будут присущи холерику, меланхолику, флегматику или сангвинику по завершении процесса социализации. Основную роль в формировании черт характера играют формы и методы воспитания. Однако спектру типов темперамента с повышенной эмоциональностью и импульсивностью будет соответствовать иной спектр характерологических особенностей по сравнению со спектром типов темперамента с пониженной эмоциональностью и отсутствием импульсивности. Суетливость, болтливость, неусидчивость, нетерпеливость или молчаливость, усидчивость, терпеливость в качестве альтернативных черт характера, как правило, базируются на особенностях типов темперамента.

Центральным вопросом в учении об индивидуальности человека является вопрос о гармоничных чертах характера.

Гармоничные черты характера – это совокупность индивидуально-психологических стереотипов поведения, способствующих гармонизации обыденных межличностных и внутриличностных конфликтов. Таким образом, основой оценки гармоничности или негармоничности характерологических особенностей служит параметр отсутствия у человека конфликтов как внешних, т. е. с участниками коммуникации, так и внутренних. Гармоничный характер условно представляет собой блок из двух групп психологических параметров, включающих:

- 1) адаптивность;
- 2) самоактуализацию.

Основным параметром гармоничного характера является адаптивность, она характеризуется успешностью приспособления человека к различным ситуациям, их изменению, а также эмоциональному (внутреннему и внешнему) принятию окружения. Адаптивность отражает значимость удовлетворения человеком социальных потребностей, которую очень точно описал Б. Паскаль: «Чем бы человек ни обладал – прекрасным здоровьем, любыми благами жизни, он все-таки недоволен, если не пользуется почетом и уважением у людей... Имея все возможные преимущества, он не чувствует себя удовлетворенным, если не занимает значимого места в умах. Ничто не может отвлечь его от этой цели... даже презирующие род людской, третирующие людей, как скотов, и те хотят, чтобы люди поклонялись и верили им». Таким образом, человек для достижения внутренней и внешней гармонии обязан быть адаптивным. Однако способность всегда приспосабливаться к новым условиям и на любом уровне может обернуться дисгармонией. Значит, для того чтобы говорить о гармоничности характера в свете адаптивности, необходимо уточнить некоторые ее свойства. Существуют три группы:

- 1) реализм в восприятии окружающей действительности (перспективная составляющая);
- 2) желание человека адаптироваться к окружающей обстановке (мотивационная составляющая);
- 3) способность адаптироваться, принимать окружающих такими, какие они есть (регулятивная составляющая).

Классический пример гармоничных черт характера, отражающих параметр адаптивности, составляют приветливость, радушие, ласковость, учтивость, любезность. Приветливость – способ демонстрации принятия человека человеком, отраженный в манерах и привычках. Внешние проявления приветливости направлены на избегание потенциальных или устранение имеющихся реальных конфликтных взаимоотношений между людьми. Внутренне человек может не испытывать симпатии к участнику коммуникации, но не демонстрировать ее. Приветливость – форма вежливости, хороших манер, улучшающих процесс общения, а не обостряющих его. Однако приветливость будет считаться гармоничной чертой характера лишь в случаях, если будет использоваться к месту. Если собеседник ведет себя нахально, оскорбляет человека или даже ему угрожает, то приветливость нельзя назвать гармоничным ответом на хамство. Перцептивная составляющая позволяет реально оценивать обстоятельства, при которых следует использовать то или иное свойство характера. Реализм базируется на феномене здравого смысла. Под здравым смыслом понимается познавательный процесс, в основе которого лежит адекватное (истинное) восприятие и понимание смысла поступков окружающих. Для того чтобы говорить о гармоничности характера человека, следует оценить его здравомыслие. Он должен быть реалистом, т. е. человеком, который в своей оценке происходящего руководствуется сущностными, действительными параметрами, ясно и трезво понимает суть и мотивы поведения окружающих. Здравомыслию противостоит в рамках дисгармонии характера феномен каузальной атрибуции, т. е. пристрастное, несоответствующее реальности понимание и объяснение мотивов и поступков окружающих.

Вторая составляющая параметра адаптивности (мотивацион-ная) отражает желание человека приспосабливаться к окружающим, иметь с ними гармоничные (бесконфликтные) отношения. Человек оценивает жизненные события по значимости для того, чтобы решить, к каким из них ему следует приспосабливаться, а какие он может игнорировать или с какими он желает вступать в противоборство. Проявление упрямства как черты характера зависит от значимости ситуации, в которой упрямство демонстрируется. Ребенок, например, не будет упрямым, если ему предложат съесть конфету, но может упрямо противодействовать попыткам родителей заставить его помыть руки или умыться. Человек может быть приветливым с людьми, которым симпатизирует или от которых зависит решение каких-то его запросов, и не приветливым и даже подчеркнуто грубым по отношению к лицам, в которых совершенно не нуждается.

Третья составляющая адаптивности (регулятивная) отражает навыки и способности проявлять те или иные необходимые для общения качества характера и скрывать (подавлять) неадаптивные. Например, скупой человек может стараться подавлять эту свою непрестижную в настоящее время черту, а трусливый может демонстрировать храбрость.

К параметрам, отражающим гармоничные черты характера, относится самоактуализация, которая так же, как и адаптивность, включает в себя три составляющих: перцептивную, мотивацион-ную и регулятивную. Эти составляющие практически совпадают с характеристиками, приведенными выше, однако имеют свои особенности. Если на уровне адаптивности гармоничным считается принятие других и мира, то на уровне самоактуализации – принятие себя. В принятии себя отражается реализм в оценке своих качеств, способностей и возможностей, понимание и принятие выработанных ценностей и насущных потребностей, жизнь с самим собой в согласии, изживание психологических комплексов или примирение с ними. Принятие себя начинается с реальной самооценки и формирования самоуважения. Важной характеристикой гармоничности самооценки является ее гибкость, для оценки дисгармоничности существенным является выявление ригидности самооценки в сторону либо завышения, либо занижения. Наряду с самооценкой и производными от нее значимым гармоничным качеством является реальность и гибкость уровня притязаний. Уровень притязаний, т. е. совокупность ожиданий, целей относительно своих будущих достижений, рождается из двух противоположных тенденций:

- 1) тенденции поддержания своего я, своей самооценки на максимально высоком уровне;
- 2) тенденции умерить свои притязания и избежать неудачи с целью не нанести урон самооценке.

Самоуважение в рамках гармонии характера следует тем же закономерностям, что и самооценка и уровень притязаний.

Другими важными качествами самоактуализации являются спонтанность, простота, автономность и проблемная центрация. Суть всех этих качеств заключается в естественности проявлений всех черт характера, нежелании преподносить себя в гораздо лучшем свете, чем в реальных ситуациях. Особо следует отметить качество автономности, т. е. независимости в принятии решений и оценке ситуаций от окружения, собственных ожиданий, желаний и потребностей. Перечисленные качества составляют сущность одного из наиболее существенных параметров гармоничного характера – зрелости. Зрелость в психологическом смысле – это способность приспосабливаться к среде по законам житейского разума, т. е. сочетать достаточно высокие идеальные устремления с готовностью выполнять скромные, земные задачи ради этих высоких устремлений. Противоположным зрелости является инфантилизм как свойство дисгармоничного характера. К инфантильным свойствам относят пассивность, несамостоятельность, нездравомыслие и т. п.

Сравнительная характеристика гармоничных и дисгармоничных черт характера может быть представлена таблицей 4.

Таблица 4 Сравнительная характеристика гармоничных и дисгармоничных черт характера

Гармоничный характер	Дисгармоничный характер
Адаптивность	Деадаптивность
Зрелость	Инфантилизм
Здравомыслие	Нездравомыслие
Гибкость	Ригидность
Реализм в оценке окружающих	Каузальная атрибуция
Реальность самооценки	Нереальность самооценки
Самостоятельность	Несамостоятельность
Простота, естественность	Неестественность
Проблемная центрация	Центрация на несущественных параметрах
Самоуважение	Крайние варианты отношения к себе (самоуничижение, самовосхваление)
Разумное сочетание эгоистических и альтруистических целей	Эгоцентризм

Черты характера всегда мотивационно опосредованы, т. е. закрепление в процессе социализации различных привычек, манер, стилей мышления и поведения связано с требованиями окружающей обстановки и окружающего общества (микро– и макросоциума), а также с целями, мотивами и потребностями человека.

Характерологические свойства можно разделить на две основные группы:

- 1) базисные (терминальные);
- 2) инструментальные.

Первые должны способствовать удовлетворению сущностных потребностей человека создавать в первую очередь внутреннюю гармонию, вторые – удовлетворять запросы общества, создавать внешнюю гармонию.

Особенности характера представлены широким спектром черт, формируемых в процессе воспитания, таких как пунктуальность, чистоплотность, организованность, послушание, вежливость, доверчивость, уверенность в себе, старательность, бережливость, надежность, точность, терпеливость, прямота и т. д. Каждая из них способна выступать в альтернативной форме и отражать аномалию развития характера. Выраженность и направленность многих черт характера оказываются значимыми при выработке эффективного уровня взаимоотношения и взаимодействия между врачом и пациентом при проведении психотерапии.

Психотерапевты выделяют следующие типы характера:

- 1) истерический;
- 2) шизоидный;
- 3) эпилептоидный;
- 4) психастенический;
- 5) астенический;
- 6) паранойяльный.

Истерический тип характера, как правило, формируется на базе холерического или меланхолического типа темперамента, поскольку повышенная эмоциональность и впечатлительность выступают как важные свойства истерических черт. Сущность истерического типа характера – нахождение в центре внимания всех взаимоотношений, он обозначается как «жажда признания». Человек с преобладанием истерических черт характера стремится привлечь и завоевать внимание окружающих, избежать незамеченности. Этот феномен называется эгоцентризмом. Эгоцентризм приводит к формированию таких черт, которые могли бы способствовать удовлетворению потребности быть в центре внимания. Такими чертами становятся эксцентричность внешности, поведения, высказываний. Суть их заключена в неординарных, отличающихся от обыденных и традиционных попытках представить себя в обществе. Для этой цели используются яркая, бросающаяся, необычная одежда, макияж, необычный цвет волос или прическа, сверхмодная или нарочито старомодная одежда, обладание и демонстрация престижных личных вещей и т. д. Поведение также носит гротескный характер с преобладанием крайних степеней выраженности эмоций и предъявлением их напоказ окружающим. У людей с истерическими чертами характера не бывает легких степеней эмоциональных переживаний, у них всегда полный накал, запредельные эмоции и чувства, аффектный максимализм, поведение у таких людей носит изменчивый, непостоянный характер. Они склонны к резкой перемене поведения, а также к лабильности настроения. Из-за этого отмечаются непоследовательность поступков, их зависимость от ситуации и от внимания окружающих. В поведении вследствие поиска признания со стороны социума отмечаются театральность, неестественность, вычурность, манерность, демонстративность, нарочитость поступков. Поведение таких лиц схоже с игрой плохого артиста, у которого видно, что он играет, а не живет, демонстрирует эмоции, а не переживает реально. Неестественность может проявляться в истерическом смехе и плаче, которым свойственна чрезмерная надрывность, звучность, игра на публику. Лица с истерическими чертами стремятся вызвать шок или по крайней мере удивление у окружающих от того, как и о чем они говорят. Это может быть особая манера произносить слова или фразы (с придыханием, с акцентом), использовать не к месту превосходные и уничижительные степени: «ты гениально убрал свою комнату», «я фантастически развлекался», «мерзкие помидоры» и т. д. С целью привлечения внимания к собственной персоне человек с истерическими чертами характера часто использует ненормативную лексику. Чрезмерная озабоченность внешней привлекательностью является важной характеристикой истерика, поэтому на уровне высказываний он склонен к декларированию собственной гиперсексуальности. Именно поэтому им активно в разговорах эксплуатируется сексуальная тема.

Еще одной характеристикой истерика является повышенная внушаемость, что особенно важно при проведении психотерапевтического лечения. Истерики нередко склонны доверять гороскопам, снам, предзнаменованиям, случайному стечению обстоятельств. Кроме того, истерик часто предъявляет завышенные требования к окружающим, склонен к критике, иронии, сарказму.

При этом собственные промахи им не замечаются. Типичными в критической ситуации являются несправедливое обвинение окружающих во всех смертных грехах, уклонение от ответственности за промахи или неправильное решение, попытка защитить себя, представить жертвой обстоятельств. Именно истерики чаще всего подвержены психосексуальным расстройствам.

Разновидностью истерического типа характера является нарциссический тип. Кроме черт, присущих истерическому типу, этому типу характера свойственны склонность к самолюбованию, завышенная оценка я, завышенный уровень требований по отношению к окружающим.

Шизоидный тип характера

Чаще всего шизоидные типы характера базируются на меланхолическом или флегматическом типах темперамента, но в их становлении большую роль играет и фактор воспитания. Нередко шизоида отождествляют с интровертом. Сущностью шизоидного типа характера является ориентация больше на внутренние ощущения и переживания, чем на внешние (ситуативные). Основной особенностью шизоида является его замкнутость, нелюдимость, необщительность и отгороженность от окружающего мира, погруженность в мир собственных взглядов и фантазий. Шизоид как бы отгораживает себя от окружающей действительности (от гр. *schizo* – «отделяю», «расщепляю»). Человек несколько не страдает от своей замкнутости, он оправдывает свою нелюдимость отсутствием интересных людей, банальностью, отсутствием получения удовлетворения от процесса общения. Неспособность переживать яркие эмоции является типичным признаком лиц с шизоидными чертами. Особенно ярко эмоциональная холодность проявляется по отношению к близким отсутствием нежности, теплоты в общении. Однако для шизоидов нетипичным является гнев. Эмоциональная холодность проявляется как в случаях одобрения деятельности со стороны окружающих, так и в случаях критики. Таким образом, шизоидные черты характера не имеют сходства с истерическими чертами. Можно также говорить о противоположности шизоидного и истерического типа характера, невозможности их сочетания. Однако и шизоиды, и истерики нередко отличаются эксцентричностью внешнего облика, но у шизоида необычный внешний вид обусловлен снижением значимости оценки со стороны окружающих и отсутствием претензий к себе. Шизоид не склонен ориентироваться на внешние заданные нормы и правила поведения. Например, шизоид может считать необязательным надевать на светский раут соответствующую одежду и может прийти на эту встречу в грязных джинсах. Это не является сознательным поступком, т. е. попыткой протестовать против чего-либо или бросать вызов обществу. Шизоид действует по принципу удобства и комфорта для себя самого. По такому же механизму возникают и такие черты характера шизоида, как прямота высказываний и бескомпромиссность, когда он может, невзирая на ситуацию и ранги, высказать человеку все, что он о нем думает. Отличительными особенностями являются также ригидность и склонность к поведенческим стереотипам, нелюбовь к каким бы то ни было изменениям в себе и вокруг. Например, это проявляется негативной реакцией на приобретение и ношение новой одежды, поход к парикмахеру, перемену местожительства, перестановку мебели, а перемена места работы или личных отношений воспринимается как катастрофа.

Эпилептоидный тип характера так же, как и шизоидный, возникает преимущественно на базе меланхолического и флегматического типов темперамента. Сходство данных типов основывается на инертности психических процессов. Однако по иным параметрам наблюдается существенное различие. Эпилептоидный тип характера проявляется эмоциональной ригидностью, склонностью к длительному переживанию каких-либо эмоций. Такие люди могут по несколько месяцев и лет помнить и переживать нанесенные им обиды, вновь и вновь возвращаться к ситуациям, вызвавшим негативный осадок. Эмоциональная ригидность дополняется медленным и тугоподвижным мышлением. Именно поэтому формируются специфичные для эпилептоида черты характера: педантичность, повышенная аккуратность, организованность, склонность следовать нормам и четким правилам. Такого человека могут раздражать несимметрично повешенная картина, неправильно разложенные на столе столовые приборы и т. д. Принцип такого человека – каждая вещь должна знать свое место. Эпилептоид склонен к дисфориям – вспышкам гнева, необоснованному крику, неадекватной критике.

Психастенический тип характера иначе называется ананкастным или обсессивно-компульсивным. Эти варианты опережают различные варианты с преобладанием тех или иных качеств. Психастенический тип характера со всеми его вариантами формируется

на основе холерического и меланхолического типов темперамента. Это роднит его с истерическим. На этом сходство этих типов заканчивается. Их принципиальное различие в том, что повышенная эмоциональность у истерика сопровождается направленностью вовне, а у психастеника – в себя. Таким образом, основными характеристиками психастенического типа характера являются застенчивость, смущенность, робость, нерешительность. У человека с такими чертами характера затрудняются контакты с окружающими в силу невозможности справиться с волнениями и тревогами по поводу заниженной самооценки. Он сторонится людей, поскольку боится выглядеть смешным, неуклюжим, некрасивым человеком и плохим собеседником. Робость приводит к тому, что он становится молчуном, особенно в компании с незнакомыми людьми. В знакомой обстановке робость может не проявляться совсем. Вследствие опасений предстать перед окружающими в неприглядном виде такие люди вырабатывают поведенческие ритуалы на все случаи жизни. Они учатся общаться формально, но страшатся неожиданных перемен. Немаловажными чертами психастеника являются мнительность и осторожность. Мнительность подразумевается по отношению к окружающим людям – их осуждают, им не доверяют, и к самому себе, т. е. он будет перепроверять собственные действия во избежание неприятностей. В патологических ситуациях это нередко приводит к возникновению навязчивых идей, в том числе и сексуальных расстройств (у психастеника сексуальные расстройства носят наиболее тяжелое течение). Пациент с психастеническими чертами характера страшится не только противоположного пола, но и себя, он боится, что забыл выключить свет, газ, перекрыть воду, закрыть входную дверь и т. п. Сомнения по отношению ко всему могут терзать человека долгое время, приводя в еще более тягостное эмоциональное состояние. Психастеник, как и эпилептоид, может быть педантом. Он склонен к перфекционизму – повышенной скрупулезности, чрезмерной добросовестности.

Вариантом психастенического типа характера является тревожный тип. Его особенностями являются повышенная критика в свой адрес, нежелание вступать во взаимоотношения без гарантии нравиться.

Астенический тип характера сходен с психастеническим, однако включает в себя ряд специфических особенностей. Он иногда называется зависимым типом характера. Его сущностью являются уклонение от любой ответственности, подчинение собственных желаний потребностям других людей. Такой человек, как правило, боится иметь собственное мнение, страшится самостоятельности и ощущает беспомощность в одиночестве. Он склонен постоянно ориентироваться на мнение окружающих, жить их жизнью. Астеник пассивен, безынициативен, довольствуется тем, что оказывается наиболее доступным, не прилагает никаких усилий к тому, чтобы как-то изменить свою жизнь. Однако наряду с этим астеника отличают повышенная эмоциональность, сентиментальность, жалостливость.

Паранойальный тип характера отличается от других в первую очередь чрезмерной чувствительностью к неудачам и отказам со стороны окружающих. Это связано с имеющейся тенденцией к завышенной самооценке и уровню требований к социальному окружению. Параноик считает, что все вокруг обязаны считаться с его мнением, его делами, и склонен бурно реагировать в случае несовпадения реальности с его ожиданиями. Он нередко ворчлив, постоянно чем-то недоволен, стремится подмечать промахи окружающих и делать им замечания. Характерными чертами параноика являются подозрительность, поиск тайного, угрожающего смысла в поступках окружающих. Параноик склонен к мистическому познанию действительности, он часто суеверен, у него отмечается повышенное чувство обиды от сознательно негативного отношения к нему даже случайных людей. Например, параноик может быть убежден, что ему в магазине специально подсунили прокисшее молоко, тогда как он покупал его наравне с другими. Любые высказывания окружающих, их жесты и поступки расцениваются параноиком как имеющие непосредственное отношение к нему. Параноик склонен к правдолюбию и

поиску справедливости в мелочах. Особенностью параноика является наличие доминирующей идеи – идеи фикс, различной по тематике. Это могут быть идеи изобретательства, политического переустройства, сутяжничества и т. д.

Такое подробное рассмотрение типов характера очень важно для проведения и эффективности психотерапии, для установления контакта между пациентом и врачом.

Формирование характера происходит на базе темперамента под влиянием воспитания. Воспитание возможно как через указание, так и через пример. Нередко родители или опекуны не могут четко сформулировать цели воспитания или эти цели изменяются в зависимости от обстоятельств, поэтому целесообразно и правильно считать, что целью является формирование гармоничного характера, о параметрах которого было рассказано выше.

Воспитание в зависимости от поставленных воспитателем задач делится на три вида:

- 1) воспитание для общества;
- 2) воспитание для воспитателя;
- 3) воспитание для воспитуемого.

При воспитании для общества основными задачами являются формирование социально значимых черт, становление обязательных или требуемых от членов общества качеств – законопослушности, гражданского долга и т. д. В рамках воспитания для воспитателя предполагается формирование таких черт характера, которые максимально облегчают воспитание, например послушания. Воспитание для воспитуемого ставит задачу выработки таких черт характера, которые способствуют гармонизации самого человека. Очень интересным является тот факт, что гармония личности, т. е. воспитание для воспитуемого, полностью игнорирует воспитание для общества и воспитание для воспитателя.

Ни для кого не секрет, что воспитание довольно часто бывает неправильным, что приводит к формированию патологических личностей, в том числе личностей с сексуальными расстройствами. Выделяют несколько типов неправильного воспитания:

- 1) кумир семьи – воспитание включает в себя восхваление ребенка, культивирование в нем чувства исключительности, освобождение его от всех тягот, склонность к выполнению любой его прихоти, снятие ответственности за проступки;
- 2) гиперопека – воспитание включает чрезмерное внимание и контроль со стороны взрослых, навязывание своего мнения по любому вопросу, диктование каждого шага, ограждение от опасности, культивирование осторожности;
- 3) гипоопека – воспитанию свойственны недостаточное внимание со стороны родителей, игнорирование целенаправленного воспитания;
- 4) безнадзорность – полное отсутствие внимания со стороны родителей;
- 5) золушка – воспитание отличается лишением ребенка ласки и внимания со стороны старших, постоянное третирование ребенка, унижение, противопоставление другим детям, лишение удовольствий;
- 6) ежовые рукавицы – воспитание предполагает систематическое избивание ребенка, диктаторское отношение к нему, отсутствие тепла, сочувствия, поощрения.

Считается, что к разным типам характера предрасполагают различные типы неправильного воспитания, эту взаимосвязь можно представить в таблице 5.

Таблица 5 Распределение различных типов воспитания и типов характера

Роль	И	Ш	Э + В	ПС	А	П	М
Кумир семьи	++						+
Гиперопека	+	+	+		++		+
Гипоопека	+	++	++		+		+
Безнадзорность		+	+				
Золушка							
Ежовые рукавицы		+	++	+	+		+

Обозначения: И – истерический тип характера, Ш – шизоидный, Э + В – эпилептоидный (возбудимый вариант), ПС – психастенический, А – астенический, П – паранойяльный, М – смешанный.

Таким образом, главенствующую роль в формировании психической индивидуальности человека играют факторы целенаправленного воспитания и самовоспитания, которые в дальнейшем определяют отношение к различным сторонам жизни, в том числе к собственным болезням и психическим проблемам. В структуре индивидуальности человека личность занимает высшую ступень.

Личность

В отличие от типов темперамента и черт характера, являющихся устойчивыми и практически неизменными параметрами психической индивидуальности, качества личности могут изменяться в течение жизни, иметь тенденцию к разнонаправленности.

Личность – это система социально значимых черт, характеризующая индивида как члена того или иного общества или общности. Другими словами, для становления и проявления личностных качеств существенное значение имеет социум. Если свойства темперамента или черты характера могут проявляться вне зависимости от социального окружения (к примеру, эмоциональность, чистоплотность и аккуратность отшельника, не видящего людей многие годы), то качества личности невозможно проявлять вне общения и взаимодействия с людьми. Основными отличиями личностных качеств от черт характера являются:

- 1) степень волевой регуляции поведения;
- 2) использование нравственных оснований;
- 3) мировоззренческие установки;
- 4) склонности и социальные интересы при выборе систем поступков.

Всех людей можно разделить на две группы:

- 1) люди привычки;
- 2) люди воли.

Первая группа людей в своей деятельности базируется на характерологических особенностях, вторая – на личностных. Типы характера различаются лишь направленностью и сферой применения привычек. Человек по привычке может быть пунктуальным, чистоплотным, аккуратным, прилежным. Если черты характера сформированы, то поступки индивида не требуют от него приложения каких-нибудь усилий для их выполнения. Однако в жизни привычка может идти вразрез с требованиями обстоятельств, и тогда необходимо сделать волевое уси-

лие для совершения малоинтересного или кажущегося неактуальным (ненужным) действия. Волевая регуляция деятельности основана на тех социальных потребностях, которые формируются в период зрелости человека: потребности принадлежать к социальной группе, занимать в ней определенное положение, пользоваться вниманием и привязанностью окружающих, быть объектом уважения и любви. Стать личностью означает, во-первых, занять определенную жизненную позицию, прежде всего определяющую нравственные приоритеты, во-вторых, в достаточной степени осознать ее и нести за нее ответственность, в-третьих, утверждать ее своими поступками и делами. Занятие жизненной позиции и выработка для ее поддержания определенных личностных качеств определяются личностным смыслом, личностным значением, которые должны ответить на вопрос, ради чего совершается или должно быть совершено то или иное действие. Личностный смысл выражает отношение субъекта к явлениям объективной действительности. Он создается в результате отражения субъектом отношений, существующих между ним и тем, на что его действия направлены как на свой непосредственный результат, т. е. личностный смысл порождается отношением мотива к цели.

Важными характеристиками личности являются личностные ценности, под которыми понимают осознанные и принятые человеком общие смыслы его жизни. Индивид в процессе становления личности решает наиболее трудный и важный вопрос – вопрос о смысле жизни. Актуальным является вопрос о гармоничной личности. Под гармоничной личностью понимают индивида, который в процессе социализации осознанно сформировался как человек, обладающий ответственностью за собственную судьбу и совершаемые поступки, самостоятельностью, автономностью решений, руководствующийся в своей жизни нравственными законами. Можно утверждать, что гармоничная личность живет в соответствии с правилом «мне никто ничего не должен». Этот принцип следует понимать как отказ от предъявления претензий к окружающим.

Одним из важнейших моментов для применения психотерапевтических методов лечения является влияние особенностей личности на формирование субъективного отношения к заболеванию. В первую очередь из личностных особенностей, влияющих на формирование отношения к болезни, следует отметить мировоззрение по поводу смысла жизни. Психологические реакции на заболевание разнятся у верующих людей и атеистов. Первые более адекватно, психологически комфортно относятся к болезням. Вторые же нередко бурно реагируют на появление заболевания, начинают искать виновников, создают вокруг себя враждебную обстановку и сами неадекватно реагируют на все.

В отношении происхождения заболевания можно выделить несколько мировоззренческих установок:

- 1) болезнь как кара;
- 2) болезнь как испытание;
- 3) болезнь как назидание другим;
- 4) болезнь как расплата за грехи предков.

Все перечисленные трактовки происхождения заболевания основаны на вере в связь между поведением человека, его нравственностью и возникновением у него недуга. При этом подчеркивается пассивная роль индивида. Он не способен противостоять болезни, за исключением возможности искупить вину и замоливать грехи. Работать психотерапевту с такими пациентами очень сложно.

Другой группой мировоззренческих установок является такое представление о болезнях, согласно которому они вызваны наследственностью или неблагоприятными факторами общественной жизни или окружающей среды:

- 1) болезнь как неизбежность;
- 2) болезнь как стечение обстоятельств;
- 3) болезнь как собственная ошибка.

Многие люди убеждены в том, что дурная наследственность является фатальным фактором в возникновении заболевания. Все что происходит с человеком, трактуется как следствие плохой наследственности (говорят: «И твой отец так хромал» или «Вся в мать – слепая» и т. д.). Противоположная тенденция – полностью отрицать значение наследственности и рассматривать возникновение болезней как стечение внешних факторов, например, говорят: «Не жуй жвачку, а то заработаешь гастрит», «Не три глаза – ослепнешь» и т. д. Обе позиции отражают обывательскую платформу. Позиция «сам виноват» связана с завышенной самооценкой. С такими пациентами также достаточно трудно работать любому врачу, в особенности психотерапевту.

Третья мировоззренческая платформа в оценке причин развития заболеваний базируется вообще на мистике:

- 1) болезнь вследствие зависти;
- 2) болезнь вследствие ревности.

В рамках подобного подхода источники болезней видятся в предвзятом отношении к человеку его близких и окружающих: соседей, знакомых, родственников, сослуживцев. Мистическое толкование источников заболевания широко распространено: «сглазили», «навели порчу», «подействовал энергетический вампир» и т. д. Мистическая концепция болезни носит характер убежденности, пациент не способен критически оценивать свое состояние, требует от врача не лечения, а каких-то мистических манипуляций. Такие пациенты легко идут на контакт с психотерапевтом.

Психотерапевтами выделяются тринадцать типов психологического реагирования на заболевание. Рассмотрим их подробнее, так как исходя из типа реагирования зависит эффективность психотерапевтического лечения. К ним относятся:

- 1) гармоничный;
- 2) тревожный;
- 3) гипохондрический;
- 4) меланхолический;
- 5) апатический;
- 6) неврастенический;
- 7) обсессивно-фобический;
- 8) сенситивный;
- 9) эгоцентрический;
- 10) эйфорический;
- 11) анозогностический;
- 12) эргопатический;
- 13) паранойяльный.

Отношение к болезни содержит в себе когнитивный, эмоциональный и поведенческий компонент. Когнитивный включает в себя знание о болезни, ее осознание, понимание ее роли и влияния на жизнь больного, предполагаемый прогноз. Этот компонент зависит от уровня культуры и образования индивида. Эмоциональный компонент определяется ощущением и переживанием болезни и ситуации, связанной с ней. Поведенческий компонент связан с реакциями, способствующими адаптации или дезадаптации к болезни, и выработкой определенной стратегии поведения в жизненных ситуациях в связи с болезнью (это может быть принятие роли больного, активная борьба с болезнью, пессимизм).

Гармоничному типу реагирования на заболевание свойственны следующие факторы: трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни, стремление во всем активно содействовать успеху лечения, нежелание обременять других тяготами ухода за собой,

в случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному, при самом неблагоприятном прогнозе – сосредоточение внимания, забот, интересов на судьбе близких, своем деле. При гармоничном типе психического реагирования самыми важными являются реализм в восприятии симптомов и понимание тяжести заболевания. При этом пациент должен опираться на научные факты о возможности излечения, надеяться на выздоровление.

Тревожный. Характерно беспокойство и мнительности в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, вероятных осложнениях, методах терапии, непрерывный поиск авторитетов, больного наиболее интересуют объективные данные о болезни (результаты анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения, поэтому больной предпочитает выслушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы, настроение прежде всего тревожное, угнетенность – следствие этой тревоги.

Тревожный тип психического реагирования на заболевание является одним из типичных. Проявлением тревоги может быть повышенный интерес пациента к медицинской литературе, придирчивость к медицинскому персоналу, нацеленность на перепроверку получаемых от врачей сведений. Помощь психотерапевта таким больным просто необходима.

Ипохондрический. Характерно сосредоточение на субъективных болезненных или иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них окружающим, на их основе преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий, преувеличение побочного действия лекарств, сочетание желания лечиться и неверия в успех, требований тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур.

Пациент с ипохондрическим типом реагирования склонен к эгоцентризму. Он не способен сдержаться при беседе с любым, даже малознакомым человеком и обращает внимание собеседника на необычность и тяжесть имеющихся болезненных признаков. Негативную реакцию ипохондрика вызывает недоверие к его жалобам, упреки в симуляции и преувеличении тяжести расстройства здоровья с целью извлечь из этого выгоду.

Меланхолический. Характерно удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффективность лечения, активные депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей (мыслей о самоубийстве), пессимистический взгляд на все вокруг, неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных. Меланхолический, или депрессивный, тип реагирования на болезнь нередко обусловлен имеющейся у пациента негативной информацией о возможности излечения недуга. Нередко он встречается у медицинских работников в силу их разнообразных знаний, полученных в процессе учебы и работы. Нацеленность на худший исход приводит к неверию в возможность излечения и суицидальным намерениям.

Апатический. Характерны полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения, пассивное подчинение процедурам, утрата интереса ко всему ранее волновавшему. Однако истинного и полного безразличия у пациента не отмечается. Как правило, безразличие обусловлено депрессией и фиксацией на собственном состоянии.

Неврастенический. Характерно поведение по типу раздражительной слабости, т. е. вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при отсутствии эффекта от лечения, при неблагоприятных данных обследования. Раздражение нередко выли-

вается на первого попавшегося и завершается раскаянием и слезами, также характерны нетерпеливость, неспособность ждать облегчения. Неврастенический тип реагирования является наиболее распространенным, его основой является раздражительность, пациент становится капризным, требовательным, он ищет ласки участия, успокоения, склонен к вспышкам гнева.

Обсессивно-фобический. Характерны тревожная мнительность, опасение маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, неудач в жизни, работе, семье; воображаемые опасности волнуют пациента более, чем реальные, защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы. При этом типе реагирования доминирующими становятся навязчивые мысли, опасения и особенно ритуалы. Пациент становится суеверным, он придает особое значение мелочам, которые превращаются для него в своеобразные символы (например, расценивает шансы на выздоровление в зависимости от того, в каком порядке войдут в палату врач и медсестра, или от того автобус какого маршрута подойдет к остановке первым).

Сенситивный. Характерны чрезмерная озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни, а именно опасение, что окружающие станут избегать пациента, считать неполноценным, пренебрежительно относиться, распускать сплетни или неблагоприятные сведения о причине и природе болезни, характерна также боязнь стать обузой для близких, существенным становятся не собственные болезненные ощущения вследствие болезни, а реакция окружающих, пациенты нередко в ущерб своему здоровью стесняются обращаться к врачу («зачем отвлекать по пустякам») даже в случаях угрожающего для жизни состояния, отмечают робость, застенчивость, повышенной скромностью.

Эгоцентрический. Характерны уход в болезнь, выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием, требование исключительной заботы – все должны забыть и бросить все, и заботиться только о больном, разговоры окружающих пациент переводит на себя. Эгоцентрический тип реагирования иногда обозначают истерическим, так как основным мотивом поведения пациента становится привлечение к собственной персоне внимания окружающих, бегство в болезнь нередко используется для упреков и шантажа окружающих. Жалобы описываются большими очень красочно и сопровождаются жестикуляцией и мимикой, эмоции пациента носят гротескный характер.

Эйфорический. Характерно необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению, надежда на то, что само собой все пройдет, желание получать от жизни все, несмотря на болезнь, легкость нарушений режима, хотя эти нарушения могут неблагоприятно сказываться на течении болезни. Эйфорический тип отражает беспечность человека в отношении собственного здоровья.

Анозогнозический. Характерно отбрасывание мыслей о болезни, о возможных последствиях, непризнание себя больным, отрицание очевидного в проявлениях болезни, отказ от обследования и лечения, желание обойтись домашними средствами. Непризнание себя больным и отрицание наличия у себя симптомов болезни (аногнозия) встречаются довольно часто, активное непризнание себя больным встречается, например, при алкоголизме, при психических заболеваниях, в том числе и при половых расстройствах.

Эргопатический. Характерен уход от болезни в работу даже при тяжелой болезни и страданиях. Пациенты во что бы то ни стало продолжают работать, трудятся с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни, работе отдают все время, стараются лечиться и подвергаться обследованиям так, чтобы это оставляло возможность продолжения работы. Пациенты

стараясь не поддаваться болезни, преодолевают недомогание и боль, их позиция заключается в том, что нет такого заболевания которого нельзя было бы преодолеть своими силами, при этом часто такие пациенты являются принципиальными противниками лекарств и охотно идут на контакт с психотерапевтами и подвергаются нетрадиционным методам лечения.

Паранойальный. Характерны уверенность в том, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла, крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам, стремление приписывать возможные осложнения лечения или побочные действия лекарств халатности или злему умыслу медицинских работников, требование наказаний в связи с этим.

Определить тип реагирования пациента на заболевание для психотерапевта является крайне важным для достижения конечной цели – выздоровления больного.

При проведении психотерапии важно учитывать не только особенности характера, темперамента личности и тип реагирования на заболевание, но и отдельные психосоматические функции человека: ощущение, восприятие, представления, мышление, память, интеллект, чувства, сознание. Разумеется, особенности характера, личности, темперамента взаимосвязаны с функциями человеческого организма. Особенности функций организма накладывают существенный отпечаток на индивидуальность врача-психотерапевта и больного, на полноту их взаимопонимания в процессе общения, а значит, на положительный результат лечения.

ОЩУЩЕНИЯ, ВОСПРИЯТИЕ И ИХ ИЗМЕНЕНИЯ

Ощущением называют форму непосредственного отражения в сознании человека отдельных свойств предметов и явлений реальной действительности. Ощущения делятся следующим образом:

- 1) механические (осязание, кинестезия, слух);
- 2) температурные, вызванные тепловыми изменениями;
- 3) химические (вкус, обоняние);
- 4) фотохимические (зрение, поскольку химическая реакция представляет один из обязательных этапов зрительного акта на участке между действием света и возбуждением зрительных рецепторов);
- 5) болезнь.

Кроме того, с физиологической и анатомической точки зрения выделяют:

- 1) экстерорецепторы, которые получают информацию извне.
- 2) интерорецепторы (рецепторы внутренних органов и систем). Поэтому мы ощущаем как отдельные свойства признаки окружающих объектов, так и изменения, происходящие внутри нашего организма. Необычные внутренние ощущения часто оказываются первыми сигналами о болезненных изменениях в организме, а описание их составляет большую часть жалоб больного. Яркость ощущений обусловлена для человека не только новизной и неожиданностью действия раздражителя. Большое значение имеет опыт предварительных встреч с раздражителем и чувствительность того органа чувств, на который данный раздражитель действует. В связи с этим важным параметром чувствительности является ее порог.

Порогом ощущения называют минимальную интенсивность раздражителя, которая вызывает ощущение соответствующего свойства. Величина чувствительности всегда обратно пропорциональна порогу ощущения. Чувствительность ряда анализаторных систем настолько высока, что превосходит самые современные технические устройства. Световая чувствительность человеческого глаза, например, является почти абсолютной, глаз улавливает световой поток интенсивностью в два кванта, иными словами, две мельчайшие световые частицы. Ощущения представляют собой не только одну из наиболее простых категорий познания,

они стимулируют развитие центральной нервной системы и поддерживают ее деятельность. Состояния, формирующиеся в результате лишения ощущений (слепота, глухота, длительная вынужденная неподвижность и т. д.), отличаются в первую очередь психическим инфантилизмом, а полная социальная изоляция может привести к психозу. Известно, что у лиц, лишенных с рождения одних органов чувств, компенсаторно усиливается чувствительность других. Дени Дидро описал слепого, который имел столь тонкую тактильную чувствительность, что раньше, чем специалисты с их сложными приборами, отмечал начало солнечного затмения.

Адаптация – одно из типичных свойств ощущения. Этим термином обозначают постепенное снижение чувствительности на повторяющиеся сильные раздражители или, наоборот, повышение чувствительности под действием повторных слабых раздражителей. Адаптация свойственна любому виду ощущений. Если иметь в виду вкусовые ощущения (вкус сладкого, горького, кислого, соленого), то наиболее яркой иллюстрацией может служить сладковатый вкус обычной питьевой воды, который она приобретает у тех, кто перед тем съел лимон. Очень типична так называемая темновая адаптация: по мере пребывания обследуемого в темноте чувствительность глаза увеличивается и достигает максимума через 30–40 мин. В механизме адаптации существенную роль играет сенсibilизация органов чувств, происходящая в результате действия пороговых раздражений. Наличие адаптации к болевым ощущениям подтверждено многими клиническими наблюдениями. Болевые ощущения довольно часто являются первым сигналом заболевания, поэтому психотерапевтические воздействия, направленные на повышение адаптации больного к боли, могут быть оправданы лишь в двух случаях:

1) при функциональном или физиологическом происхождении болей (например, роды, истерический невроз);

2) при болях органического происхождения (например, за счет отека тканей) для уменьшения их интенсивности и облегчения страданий больного.

Изменения и расстройства ощущений многообразны и их очень важно учитывать во взаимоотношениях больного и врача.

Все ощущения в зависимости от темперамента, характера и особенностей личностных качеств подразделяют на:

- 1) гипостезию (низкая чувствительность);
- 2) гиперестезию (обостренная чувствительность);
- 3) анестезию (отсутствие чувствительности);
- 4) парестезию (извращение чувствительности);

Такие изменения или нарушения чувствительности изменяют поведение больного, несут видоизменения в его представление о болезни и могут служить основанием для недооценки или переоценки состояния больного врачом. В связи с этим простейшая проверка состояния чувствительности анализаторов входит в обязательный минимум осмотра больного врачом любой специальности, в том числе и психотерапевтом. Например, больной с выраженной близорукостью не проявляет бестактность или неуважение, если пристально и подчеркнуто рассматривает лицо врача, (он плохо видит его), но если врач не знает о близорукости пациента, контакт между ними может никогда не состояться, аналогичным является пример с тугоухостью (снижением слуха).

Ощущение человека представляют простейший сознательный акт, не только биологический, но и контролируемый корой головного мозга и подвластный направленной коррекции. Диапазоны чувствительности анализаторных систем отличаются дополнительным параметром – резервом возможностей возбудимости. Одни люди обычно работают почти на весь запас возможностей, и предел последних очень близок. Другие, наоборот, располагают значительным запасом обычно не используемых мозговых систем и поэтому гораздо более широкой способностью реагировать на новые запросы жизни, большими возможностями приспособления к

новым условиям жизни. Поэтому такие люди легче переносят напряженную психическую деятельность и проще адаптируются к конфликтным ситуациям. Таким образом, воспитание как у больного, так и у врача спокойного отношения к внутренним и внешним обстоятельствам, упорядочных уравновешенных реакций на них равноценно образованию широкого диапазона (запаса) возможностей всех функциональных систем.

Восприятие – это форма отражения целостных объектов действительности в единстве присущих им свойств и качеств. Если ощущения мы получаем через отдельные рецепторы и органы чувств, то в акте восприятия участвуют многие анализаторы с пре-и-муществом одного из них. В связи с этим говорят, например, о зрительных или слуховых восприятиях. Акт восприятия можно разделить на два этапа.

1. Перцепция – это процесс непосредственного отражения объекта: при возникновении ощущений возникает определенный образ, осознаваемый человеком. Механизм такого осознания состоит в сопоставлении данного образа с иными, ранее сформировавшимися, сличении его с образами, накопленными в результате опыта.

2. Апперцепция – это процесс сопоставления образа впечатления с индивидуальными особенностями собственного опыта. Очень важен тот факт, что между отраженным объектом и образом впечатления не бывает абсолютного тождества. Хотя акт восприятия связан с непосредственным действием объекта на органы чувств, степень абстрагирования от реального объекта в нем более значительна, чем в акте ощущения. Несоответствие между объектом и образом впечатления не является недостатком или несовершенством восприятия. Наоборот, такое несоответствие оказывается движущей силой развития психики и механизмом проникновения в природу вещей (познания).

Одним из важных качеств является постоянство – константность восприятия. Постоянство сохраняется при восприятии разных объектов, поэтому говорят о постоянстве величины воспринимаемых объектов, их формы, цвета. Так, при большем или меньшем удалении объекта от глаза он воспринимается как имеющий одинаковые размеры, форму и цвет независимо от того, рассматриваем мы его слева, справа, сверху или снизу.

Болезненные изменения восприятия могут выступать в форме:

- 1) иллюзий (ошибочного восприятия реально существующих предметов и явлений);
- 2) галлюцинаций (возникновения зрительных, слуховых и других образов при отсутствии в воспринимаемом пространстве соответствующих объектов);
- 3) расстройства оптико-пространственных восприятий (как то диплополия – двоение, множество образов, микро-, макропия – восприятие объектов уменьшенными или увеличенными, дисморфопсия – восприятие предметов деформированными по сравнению с реальными, порропия – восприятие объекта удаленным по сравнению с фактическим его положением).

Даже эти немногие примеры показывают, что патологические изменения актов ощущения и восприятия, своевременно не распознанные врачом, могут внести дополнительные, иногда чрезвычайные осложнения в мироощущения больного, а следовательно, и во взаимопонимание между врачом и пациентом. Более того, сложные изменения и нарушения актов ощущения и восприятия нередко становятся основанием для неадекватной оценки болезненных переживаний (формирования типа реагирования на заболевание) у больного.

В основе сложных психических процессов лежит связь (ассоциация) образов представлений, образов впечатлений в единые системы, отражающие взаимодействие, взаимопроникновение, внутреннюю общность и особенность объектов окружающей действительности. В ассоциативной деятельности головного мозга и более демонстративно, чем при рассмотрении других психических функций, прослеживается значение памяти, способности спланировать настоящее с прошлым, закреплять пережитое с переживаемым, создавать условия для предвосхищения (антиципации) событий.

Память (от гр. *μνησις* «память») – это биологическое свойство материи изменяться под влиянием однажды воспринятых раздражений. Последние оставляют следы (энграммы), которые при определенных условиях способны оживать, содержание памяти заключается в том, что события, сигнал или информация были получены биологической системой и оставили в ней след. Воспоминание немисливо без сложных предшествующих изменений материального субстрата. Память – мнестическая функция – определяется сохранением и последующим использованием ранее полученной информации. Эффективность памяти обусловлена:

- 1) уровнем внимания в момент получения информации;
- 2) повторением опыта для закрепления полученной информации;
- 3) аффективной насыщенностью опыта (чем больше впечатлений, тем крепче память);
- 4) организацией знаний, суть которой состоит в том, что новая информация распределяется с таким расчетом, чтобы занять определенное подобающее ее актуальности место.

Память можно расценивать как основное условие психической жизни, как краеугольный камень психического развития. По сути дела, все индивидуальные особенности психической деятельности, включая акты ощущения, восприятия, своеобразия представлений, формирования понятий, суждений и умозаключений (выводов) определяются состоянием мнестических функций – памяти.

Нарушение мнестической функции может приводить к ряду нарушений, влияющих на психический (психоэмоционально-ассоциативный) статус больного, таким как:

- 1) чрезмерная лабильность – нестойкость суждений;
- 2) чрезмерная фиксированность суждений – навязчивые идеи, необычайно закрепленные в сознании, неотступные явления психики – мысли, страхи, поступки, не поддающиеся коррекции;
- 3) сверхценные мысли – эмоционально переоцениваемые человеком мысли, считающиеся достоянием нации;
- 4) бредовые мысли – стойкие болезненные ошибочные суждения, ложность которых больной не понимает, борется за их осуществление;
- 5) ускоренное мышление – чрезмерно быстрая смена идей;
- 6) заторможенное мышление – замедленное формирование идей.

Особенности интеллекта. Интеллектуальные особенности также могут создавать трудности во взаимопонимании врача и больного. Интеллектуальность, одаренность человека чрезвычайно разнообразны и существенно преобразуют индивидуальный облик человека. Клинически предпочтение отдается умным людям с нормальными интеллектуальными способностями, однако психо-терапевтом нередко приходится работать с людьми с высоким уровнем интеллекта (нередко неудовлетворенными жизненными обстоятельствами и социумом), одаренными и гениальными индивидуумами и слабоумными пациентами с различной степенью олигофрении (слабоумием) от дебилизма до глубокой степени идиотии. Даже малые степени недостаточности и переизбытка интеллекта приводят к неполному, неглубокому осмыслению обстоятельств жизни, к формированию патологических типов реагирования на заболевание. Конечно же больному со сниженным интеллектом (особенно с сексуальными расстройствами) необходимо уметь и в доходчивой, очень простой форме излагать вопросы, инструкции и рекомендации, крайне осторожно выбирать метод необходимого психотерапевтического воздействия.

Эмоциональные состояния. Чувства (приятные и неприятные) могут существенно преобразовать облик больного, упрощать или усложнять взаимоотношение врача и пациента. При подъеме настроения, которое выражается в эйфории, все психические проявления боль-

ного приобретают более оживленный, ускоренный характер. Речь становится быстрой, мысли, сменяя одна другую, иногда приобретают форму скачка идей, движения делаются мало-координированными, быстрыми, размашистыми, экспансивными. Сопутствующее субъективное чувство приятного радужного настроения приводит к тому, что признаки болезни сглаживаются, критика в оценке своего состояния у больного снижается, а иногда и полностью отсутствует. Противоположное состояние называется депрессией, ей сопутствуют замедление течения всех психических процессов, формируется пессимистический взгляд на обстоятельства жизни, чувство безысходности и нередко болезненно обостренная самокритика (укоры, упреки, самобичевание).

Наряду с такими растянутыми во времени состояниями нарушенной эмоциональности у отдельных больных приходится наблюдать аффекты – бурно протекающие изменения настроения. На высоте аффекта сознание нередко сужается, результатом чего оказывается неполная, неправильная оценка ситуации, а в связи с этим и неправильные поступки и действия. Таким образом, эмоции, настроение влияют на тип реагирования на заболевание.

Состояние сознания. Разумеется, что разные уровни ясности сознания существенно влияют на глубину контакта между врачом и пациентом.

Различают несколько уровней и видов нарушения сознания:

- 1) оглушенное сознание;
- 2) сопор и субкоматозное состояние;
- 3) коматозное состояние. Больной вообще не ориентируется в ситуации, месте и времени;
- 4) сумеречное сознание. Это болезненное сужение поля сознания, что ограничивает объем поступающей информации, впечатлений, ощущений, в результате пережитые события амнезируются (забываются) по выходе больного из сумеречного состояния;
- 5) делирий. Это дезориентировка в окружающей обстановке, возникновение галлюцинаций;
- 6) онейроид. Это дезориентировка в окружающей обстановке с возникновением символических, нередко фантастических переживаний.

Разумеется, развернутые состояния нарушения сознания грубо нарушают восприятие и оценку реальной ситуации больным, нарушают взаимоотношения больного и врача.

ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Так что же такое психотерапия? Напомним, что психотерапия – целенаправленное использование психических воздействий для лечения болезней. Психотерапию необходимо рассматривать как привлечение врачом всех возможностей лечебного влияния на больного, воздействие через его эмоциональные реакции, использование интеллектуальных возможностей и условно-рефлекторных связей. Иными словами, в каждое лечебное воздействие необходимо включать и психотерапевтический компонент. Наряду с этим психотерапия существует как самостоятельный метод лечения, и роль ее в общей системе лечебных мероприятий различна. При некоторых заболеваниях ей принадлежит решающая, ведущая роль (при истерических неврозах), при других заболеваниях врач пользуется психотерапией для облегчения состояния больного, для устранения невротических наслоений, отягощающих течение заболевания. Обязательным психотерапевтическое воздействие (лечение) является и при лечении сексуальных расстройств.

Психотерапию в некоторых случаях можно рассматривать как обучение больного, выражающееся в том, чтобы научить больного вести себя соответствующим образом в определенной ситуации и уметь управлять своими вегетативными и эмоциональными реакциями.

Кроме того, психотерапевтическое воздействие оказывают на больного поведение врача, беседа о характере заболевания, особенностях течения, рекомендации режима, лекарств, труда и отдыха. Все это будет в том случае, если поведение врача подчинено единой цели – внушить всеми средствами больному надежду на выздоровление. С глубокой древности известны случаи влияния некоторых лиц на психическое состояние других людей. Например, заговоры жрецов, священные танцы шаманов основаны на влиянии на психику по механизму внушения.

При проведении психотерапии врач оказывает влияние на личность больного, стремится изменить те реакции, которые способствовали возникновению болезни или закреплению болезненных проявлений. Характерологические особенности больного, о которых говорилось выше, и клинические проявления болезни определяют те задачи, которые стоят перед психотерапевтом и поэтому требуют индивидуального подхода в каждом отдельном случае. Психотерапевтическая работа определяется и этапом развития болезни. Поэтому в начале заболевания, в частности неврастении, целесообразна успокаивающая, щадящая терапия, а в более поздние сроки – активизирующая.

С древности сохранилось выражение, что медицина держится на трех китах: ноже, траве и слове, т. е. за словом с древних времен признавалась такая же сила, как и за ножом хирурга. В медицинском папирусе Древнего Египта (XVI в. до н. э.) вместе с 900 прописями целебных снадобий и зелий приводятся слова заклинаний, которые необходимо произносить, прикладывая лекарства к больным органам. Научно объяснить психические методы лечения впервые попытался венский врач А. Месмер в конце XVII в. Психическое воздействие он объяснил действием «магнетического флюида» – особой среды, как бы разлитой во Вселенной и обладающей способностью передаваться от одного лица к другому. Развитие психотерапии как научно обоснованного метода начинается с XIX в. и связано с именами С. П. Боткина, Г. А. Захарьина, С. С. Корсакова, И. П. Павлова, А. Мебиуса и других выдающихся ученых.

Принято разделять психотерапию на:

- 1) общую;
- 2) частную, или специальную.

Под общей психотерапией понимают весь комплекс психических факторов воздействия на больного любого профиля с целью повышения его сил в борьбе с болезнью, создания вокруг него охранительно-восстановительного режима, исключающего психическую травматизацию. В этом случае психотерапия служит вспомогательным средством и необходима в любом лечебном учреждении.

Специальную, или частную, психотерапию применяют в клинике таких заболеваний, при которых психические методы составляют основное лечение, которое использует врач.

Для успеха психотерапии требуется перестройка отношения больного к сложившимся обстоятельствам, к окружающим, к своей болезни и болезненным проявлениям. Психотерапия – лечебное мероприятие, воздействующее на вторую сигнальную систему, а через нее и на весь организм больного. Но психотерапия это не только воздействие словом, хотя слово – самый важный компонент этого воздействия, имеет значение мимика врача, его поведение, интонация голоса, а также обстановка, в которой больной слышит слово врача. Большое значение для успеха психотерапии имеет правильный выбор наиболее нужных и действенных слов, ведь слово обозначает не только предмет, действие, качество (признак), но и выражает отношение говорящего и вызывает те или иные эмоции, может побуждать к деятельности или предотвращать ее.

Существует несколько видов общения с современной точки зрения:

1) «контакт масок». Это формальное общение (недопустимо при общении врача и пациента), когда отсутствует стремление понимать и учитывать особенности личности собеседника, используются привычные маски (вежливости, учтивости, скромности, участливости и т. д.) – набор выражений лица, жестов, стандартных фраз, позволяющих скрыть истинные эмоции,

отношение к собеседнику. В рамках диагностического и лечебного взаимодействия формальное общение бывает в случаях малой заинтересованности врача или пациента в результатах взаимодействия. Это может происходить, к примеру, при проведении обязательных профилактических медицинских осмотров;

2) примитивное общение, когда оценивают другого человека как нужный или мешающий объект, если нужно, активно вступают в контакт, если мешает – отталкивают. Подобный вид общения может встречаться в рамках манипулятивного общения врача и пациента в случаях, когда целью обращения к врачу становится достижение каких-либо дивидендов (больничного листа, справки, формального экспертного заключения и пр.). Интерес к участнику контакта в подобных случаях пропадает сразу вслед за получением желаемого результата;

3) формально-ролевое общение, когда регламентированными оказываются и содержание, и средства общения и вместо знания личности собеседника обходятся знанием его социальной роли. Подобный выбор вида общения со стороны врача может быть обусловлен профессиональной перегрузкой (например, участковый врач на приеме);

4) деловое общение. Это общение, учитывающее особенности личности, характера, возраста, настроения собеседника при нацеленности на интересы дела, а не на возможные личностные расхождения. При общении врача с пациентом такой вид взаимодействия становится неравным. Врач рассматривает проблемы больного с позиции собственных знаний и склонен директивно принимать решения без согласования с другим участником общения и заинтересованным лицом (пациентом);

5) духовное межличностное общение. Редко встречается в системе «врач-больной». Оно подразумевает возможность затронуть в беседе любую тему, поделиться любой интимной проблемой каждому из участников общения. Диагностическое и лечебное взаимодействие не подразумевает столь интимного контакта, по крайней мере со стороны медицинского работника. Однако психотерапевтическое взаимодействие обязательно включает духовное общение со стороны пациента;

6) манипулятивное общение. Так же как и примитивное, оно направлено на извлечение выгоды от собеседника с использованием специальных приемов. В медицине известен способ, названный ипохондризацией пациента. Суть его заключается в преподнесении врачам заключения о состоянии здоровья пациента в русле явного преувеличения тяжести обнаруженных расстройств. Целью такой манипуляции может быть:

а) снижение ожиданий больного успеха лечения в связи с избеганием медицинским работником ответственности в случае неожиданного ухудшения здоровья пациента;

б) демонстрация необходимости дополнительным квалифицированным воздействием оказать помощь больному с целью получения вознаграждения медработником.

Общение врача и пациента можно назвать вынужденным общением, так как основным мотивом встречи и беседы становится появление у одного из участников взаимодействия проблем со стороны здоровья. Со стороны врача вынужденность общения обусловлена его профессией. Если обращение пациента к врачу диктуется поиском помощи, то заинтересованность врача в пациенте объясняется соображениями профессионального долга и роста, а также материальным подкреплением (заработной платой). Любой медицинский работник мотивирован на встречу с пациентом, поскольку от этого зависит его профессиональная карьера и положение в обществе. Интерес участников диагностического и лечебного общения формируется, как правило, на негативном эмоциональном фоне, обусловленном тем, что поводом для встречи врача и пациента становится проблема со здоровьем.

Взаимодействие «врач-пациент» Врач => проблема <= пациент.

Мотивы обращения к врачу могут быть разнообразными. Во-первых, человек может быть нацелен на обследование у врача с целью исключить наличие заболевания. Он рассчитывает подтвердить собственную версию о том, что испытываемый им дискомфорт обусловлен какими-либо внешними причинами и не требует медицинского вмешательства.

Во-вторых, мотивация может носить противоположный характер – обнаружение симптомов и подтверждение предполагаемого диагноза заболевания. Цель обследования и ожидание его результатов оказываются иными. В первом случае несовпадение реальности и подтверждение отсутствия заболевания способно вызвать более негативную и даже аффектную реакцию со стороны пациента, чем во втором, когда расхождение прогноза и реальности будет не столь существенным. Важную роль в процессе взаимодействия врача и пациента играет восприятие и понимание друг друга. На эти процессы в первую очередь влияет психологическая установка.

Различают три типа установки на восприятие:

- 1) позитивную;
- 2) негативную;
- 3) адекватную.

При позитивной установке происходит переоценка положительных качеств и способностей человека, что проявляется в повышенной степени доверия данному лицу, готовности принять на веру все его советы и разделить взгляды на происходящее. Часто позитивная установка на того или иного врача связана с мнением окружающих, его профессиональным статусом (профессор, врач высшей категории, народный целитель и т. д.). Негативная установка приводит к тому, что воспринимаются в основном негативные качества другого человека, что выражается в недоверчивости, подозрительности. Адекватная установка включает возможность сочетания в одном и том же человеке положительных и отрицательных качеств и свойств (например, «хирург-грубиян, но руки у него золотые»).

Также известны искажения представления о другом человеке, формирующиеся под влиянием различных факторов, как то:

1) эффект ореола. Он характеризуется формированием мнения о частных свойствах и качествах человека на основании общих впечатлений о нем. Так, квалифицированность врача может восприниматься пациентом в зависимости от его солидных манер, использования в речи научных терминов, которые фактически не могут являться признаками оценки его профессиональных знаний и умений;

2) эффект последовательности. Формирование суждений о человеке зависит от сведений, полученных о нем в первую очередь. К примеру, восприятие врача нередко строится на основании тех сведений, которые были получены пациентом от соседей по палате. Сквозь призму этих сведений будет восприниматься недавно поступившим пациентом любое действие или высказывание врача;

3) эффект авансирования;

4) эффект проецирования на других людей собственных качеств. Последние два встречаются довольно редко.

Известно, что позитивная установка может быть обусловлена некоторыми внешними факторами. Например, она может быть обусловлена размеренной манерой врача говорить, неторопливо проводить осмотр и манипуляции. При оценке эффективности действия тех или иных лекарств позитивная установка основывается нередко на стоимости препарата (дорогой – значит, поможет), оформлении его упаковки; цвете таблеток и т. д. На таком психологическом механизме построен эффект плацебо. Плацебо – это пустышка, не содержащая лекарственного вещества, но способная оказать терапевтический эффект. При назначении плацебо и сопровождении соответствующими инструкциями для формирования позитивной установки результаты лечения оказываются эффективнее, чем при лечении необходимыми лечебными препаратами.

Существенными являются экспектации – ожидания участников диагностического и лечебного взаимодействия, проявления каких-либо качеств и поведения друг друга.

В связи с этим выделяют понятия:

- 1) «идеальный врач» – «идеальный пациент»;
- 2) «реальный врач» – «реальный пациент».

К качествам и свойствам, характеризующим идеального врача относят пол, возраст, характерологические и личностные особенности, а также национальность, вероисповедание, сексуальную ориентацию, квалифицированность. Исследования показали, что наиболее значимыми являются личностные и характерологические свойства, однако большинство пациентов расценивают идеального врача как лицо одного с ним пола, вероисповедания, сексуальной ориентации и более старшего по возрасту. Учет факторов пола и сексуальной ориентации особенно ярко представлен в сексологической практике, что связано с более глубоким уровнем интимности взаимодействия. В последние годы в связи с обострением межнациональных отношений в мире важным во взаимодействии врача и пациента становится их национальная принадлежность. Значимыми становятся такие качества, как национальная терпимость, отсутствие национальных предрассудков.

Как правило, намечается тенденция к выбору врача собственной или родственной национальности, особенно в тех областях медицины, где требуется большая глубина межличностного контакта (например, сексопатология). Фактор вероисповедания становится все более значимым как в связи с ростом числа верующих, так и в связи с определенными требованиями личной гигиены и поведения в случае болезни, существующими в различных конфессиях. Имеется точка зрения о том, что нарушением с позиции веры может считаться обращение за медицинской помощью к врачу иного вероисповедания. Это особенно отчетливо проявляется в отношении женщин-мусульманок.

Из личностных и характерологических особенностей пациенты отдают предпочтение следующим: уважительности, внимательности, любви к профессии, доброте, вежливости, душевности, чуткости и чувству юмора. Наиболее существенными в образе идеального врача с точки зрения пациента являются способность к эмпатии (сопереживанию) и стиль общения.

Различают четыре психологических типа врача, составляющих альтернативные пары:

- 1) сопереживающий;
- 2) эмоционально-нейтральный;
- 3) директивный;
- 4) недирективный.

Сопереживающий тип врача включает такие качества, как способность глубоко понять и вчувствоваться в проблемы пациента, сопереживать вместе с больным колебание его состояния и самочувствия, разделять его психологические проблемы, нередко принимать концепцию болезни, выдвинутую пациентом.

Тип врача, называемый **эмоционально-нейтральным**, подразумевает сочетание таких качеств, как эмоциональное безразличие к глубинным проблемам пациента, нежелание поддерживать пациента в его субъективных эмоциональных кризисах с ориентацией на технократический подход к лечению.

Под **директивным психологическим типом** врача понимается врач, выступающий в роли учителя, указывающего, как следует поступать и что делать в случае заболевания. Такой врач не склонен дискутировать с пациентом на профессиональные темы, он выстраивает неравноправные взаимоотношения, определяя себе более значимую роль. В своей деятельности он руководствуется определенными схемами лечения, аксиомами, строя взаимоотношения с пациентами как отношение учителя и ученика, родителя и ребенка. Директивный врач исключает возможности сомнений пациента, негативно относится к перепроверке диагноза у иных

врачей, склонен обижаться и давать негативные эмоциональные реакции на пациента в случае критики его действий.

Недирективный психологический тип врача противоположен директивному. Он включает ориентацию на партнерство, склонен принимать к рассмотрению точку зрения больного как при диагностике, так и при выборе методов и способов терапии.

Представленные психологические типы врача могут составлять *четыре пары*:

- 1) сопереживающий – недирективный;
- 2) сопереживающий – директивный;
- 3) эмоционально-нейтральный – недирективный;
- 4) эмоционально-нейтральный – директивный. Ориентация пациента на тот или иной

эталон врача связана

с личным опытом общения пациента с рядом авторитетных лиц в различные периоды жизни. У пациента при поиске идеала врача происходит сравнение с образами любимых родителей, уважаемого учителя и других авторитетных людей. Таким образом, пациент руководствуется в выборе врача личностными особенностями, опытом общения и своими пристрастиями. Пациент имеет право выбора врача в соответствии с собственными мотивами и ценностями. Врач поставлен в совершенно иные условия: он не имеет права выбирать пациента и должен быть подготовлен к общению с любым человеком. Однако врач также выстраивает образ предпочитаемого пациента.

В понятие **идеального пациента** врач включает следующие характеристики:

- 1) малую осведомленность в медицинских вопросах;
- 2) веру и отсутствие сомнений в силах и умении лечащего врача;
- 3) готовность беспрекословно выполнять назначения;
- 4) умение кратко и четко излагать проблему и жалобы;
- 5) отсутствие ипохондрии.

Как видно из приведенного списка характеристик, врач нацелен на директивный стиль взаимодействия с пациентом, не оговаривая особенности эмоциональной настроенности общения. Он готов быть сопереживающим, но не всегда готов к истинному партнерству. Данный факт связан с защитой от психологической установки общества на медицину как на сферу обслуживания. При директивном поведении врача и, следовательно, зависимом поведении пациента медик склонен брать всю ответственность за исход терапии на себя, поскольку убежден, что неблагоприятный исход лечения будет рассматриваться как его ошибка или проявление его некомпетентности. Ответственность пациента за негативный исход его болезни несравнима с ответственностью врача – таков мотив выбора врачом директивного способа взаимодействия.

Конфликты между врачом и пациентом

Во взаимоотношениях врача и пациента нередко возникают конфликтные ситуации.

Конфликты между врачом и пациентом разделяют на:

- 1) предметные, или реалистические;
- 2) беспредметные, или нереалистические.

Реалистические конфликты вызваны неудовлетворением требований и ожиданий участников, а также несправедливым по их мнению распределением каких-либо обязанностей, преимуществ и направлены на достижение конкретных результатов.

Нереалистические конфликты имеют своей целью открытое выражение накопившихся отрицательных эмоций, обид, враждебности, когда острое конфликтное взаимодействие стано-

вится не средством достижения конкретного результата, а самоцелью. Первый вид конфликта часто связан с несовпадением ожиданий пациента с реальностью. Поводом может служить неправильное представление о должном поведении медицинского персонала, о проведении процедур, санитарно-гигиенические условия нахождения в стационаре, нерациональная диагностика, неправильное или необоснованное назначение лекарств. Второй конфликт нередко обусловлен предвзятым отношением пациента к медицинской службе в целом или к отдельному врачу в частности.

Этика и деонтология

Важной стороной взаимоотношений врача и пациента являются этика и деонтология – учения о нравственных основах поведения человека, в том числе в условиях диагностического и лечебного взаимодействия. Наиболее важными проблемами в этой связи являются врачебная тайна, эвтаназия, сообщение пациенту истинного диагноза, реконструкция личности при психотерапии.

Некоторые из перечисленных проблем относятся к сфере правового регулирования диагностического и лечебного процесса. Однако традиции, существующие в обществе, нередко приводят к столкновению интересов и требований врача и больного. Например, необходимость информировать онкологического больного об истинном диагнозе обусловлена правовым законодательством, что часто приводит к противоречию точке зрения врача о негуманности данного действия, о необходимости святой лжи.

Квалификация врача включает в себя, как минимум, два качества:

- 1) уровень знаний, навыков, опыт, которыми он обладает;
- 2) использование им в профессиональной деятельности нравственных принципов. Ни в какой иной специальности нет такой взаимообусловленности этических и профессиональных качеств человека. Именно вследствие этого обстоятельства врач дает клятву, берет на себя обязанность следовать определенным моральным канонам.

К числу *базисных принципов работы врача* относятся:

- 1) непричинение вреда;
- 2) уважение личности пациента;
- 3) справедливость;
- 4) оказание пациенту психологической поддержки в затруднительных ситуациях;
- 5) представление пациенту необходимой информации о состоянии здоровья и предполагаемых медицинских мероприятиях;
- 6) самостоятельность пациента в принятии решений;
- 7) правдивость;
- 8) конфиденциальность.

Эти принципы касаются врачей всех специальностей, в том числе и психотерапевтов.

Рассмотрим подробнее наиболее значимые аспекты этических взаимоотношений в медицине.

Конфиденциальность. Конфиденциальность в традиционном понимании подразумевает неразглашение сведений о больном, сохранение тайны заболевания практически во всех без исключения случаях. Проблема заключена в том, что больной может представлять общественную опасность, а врач не может выйти за рамки врачебной тайны. Раньше подобная проблема решалась в пользу общества. В настоящее время законодательно определены ситуации, при которых допустимо нарушать принципы конфиденциальности. Это случаи непосредственной опасности для окружающих (как то туберкулез, острые психозы, сексопатология). Однако за рамками закона остаются многие ситуации, не носящие непосредственной социальной опас-

ности. Например, ситуация с сообщением без согласия больного его родственникам диагноза. Что признать оправданным, добродетельным: сообщение жене о шизофрении или сексуальной дезориентации у ее мужа или укрытие этого факта (врачебная тайна)? Более справедлива добродетель в отношении кого: в отношении больного мужа, который не хотел бы потерять семью вследствие реакции жены на диагноз, или в отношении жены, которая на основании знаний об истинном диагнозе сумела бы поддержать мужа или после развода строить новую жизнь? Врач решает эту задачу в настоящее время индивидуально, но часто субъективно – на основании собственных представлений о благе и вреде.

Другой не менее сложной этической проблемой является информирование больного об истинном диагнозе. Например, ВИЧ-инфекция или онкология. Знание больным диагноза онкологического заболевания нередко мешает адекватному проведению необходимой терапии вследствие возможной негативной эмоциональной реакции пациента (вплоть до суицидальных попыток). В то же время неопределенность может нести защитные психологические функции. Статистические исследования показали, что в случае смертельных заболеваний лучше, если больной будет не до конца знать, что с ним, и не будет думать о том, сколько ему осталось жить.

В практике могут встречаться еще более трудные в этическом отношении ситуации. Предположим, что к врачу обращаются родители, усыновившие ребенка. Через 5 лет после усыновления у ребенка стали отмечаться отклонения в здоровье. Что считать правильным поступком: сообщение о наличии, к примеру, врожденной патологии (врожденного порока сердца, психических отклонений, дебильности и т. д.), не поддающейся лечению, что естественно подталкивает родителей к возвращению ребенка в детский дом, или умолчать, встав на защиту ребенка, но каково же будет положение родителей: всю жизнь воспитывать ребенка-инвалида? Однозначного ответа нет! Именно врач берет на себя ответственность за судьбы людей.

Одной из наиболее острых, дискуссионных и общественно значимых сторон конфиденциальности при психических заболеваниях являются ситуации, когда психически больным является лицо, занимающее один из важных государственных постов. Вопрос стоит так: ввести ли в законодательство необходимость психического освидетельствования государственных деятелей или оставить решение этого вопроса на этическом уровне? Допустим, что депутаты или лицо, претендующее на пост президента страны, болен шизофренией или психопатией. Может ли он управлять государством? Что же будет с простым народом? К сожалению, политический опыт многих стран, в том числе и России, очень плачевен! Поэтому правильнее было бы отменить принцип конфиденциальности (в виде исключения) для политических деятелей. С другой стороны, по отношению к личности пациента это означало бы полный крах.

Эвтаназия. Проблема эвтаназии, или добровольного, безболезненного лишения себя жизни стоит достаточно остро в современной медицине. Зачем заставлять страдать смертельно больного человека, переносить нестерпимые боли, обременять близких? Но в то же время никто не может лишить человека жизни, даже врач по гуманным соображениям. Эвтаназия узаконена только в Голландии. Вопрос добровольного ухода из жизни, по-видимому, еще долго не будет иметь однозначного ответа. Что касается суицидальных попыток (самоубийства), то необходимо понимать, что психически здоровый человек имеет право как на жизнь, так и на смерть, но разубедить человека покончить с собой врач просто обязан (большое значение в этом отводится психотерапевтическому воздействию). Если же у пациента наблюдается сочетание признаков психического расстройства (психоза) и суицидального поведения, им обусловленного, то он нуждается в немедленной госпитализации и применении сильнодействующих психотропных средств.

Паттернализм. Суть его заключается в оценке возможности и допустимости принятия врачом на себя роли человека, диктующего больному, как тому следует поступать в жизни.

Зачастую врач распространяет свое влияние на области жизни пациента, которые не имеют непосредственного отношения к его болезни. В частности, врач иногда берет на себя ответственность за рекомендации по поводу замужества или женитьбы, развода, деторождения, поступления на работу, увольнения и т. д. К примеру, пациентка с невротическими расстройствами, возникшими после измены супруга, может попросить у врача совета по поводу возможности и целесообразности дальнейшей совместной жизни с мужем. Врач не имеет этического права давать совет, поскольку любой из них будет основываться не медицинскими, а его собственными нравственными критериями.

Реконструкция личности при психотерапии. Этическая проблема реконструкции личности возникла не так давно. Психотерапевтические методики, использующие реконструкции (подробно об этом будет рассказано ниже) стали появляться с начала нового тысячелетия. Суть проблемы заключается в том, что происходит вторжение в личностную структуру пациента и изменение ее с целью излечения от заболевания. Пациент, вручая себя врачу, может не догадываться о том, что в процессе терапии будет происходить изменение его мировоззрения – реконструкция личности. С другой стороны, даже если пациент согласен на подобную процедуру, соответствуют ли нормам морали и медицинской деонтологии подобные действия. Реконструкция личности возможна лишь в случаях, когда пациент отдает себе отчет в том, к какому состоянию стремится подвести его психотерапевт, и добровольно идет на это.

Лечение без согласия – сложнейшая этическая проблема наряду с вышеперечисленными. Обязан ли врач подробно информировать пациента о назначаемых лекарствах, механизмах их действия, побочных эффектах? Этот вопрос должен решаться в индивидуальном порядке, в каждом конкретном случае. Недопустимым следует считать назначение человеку препаратов (подбрасывание или смешивание с пищей) психотропного действия, если он не знает об их приеме.

Компетентность. На первый взгляд эта категория не относится к этическим проблемам. Однако это относится к случаям недостаточной компетентности, случаях недостаточных знаний и навыков в области профессиональной деятельности. С этических позиций представляет интерес расширение границ компетентности. При этом, как правило, происходит гипердиагностика, т. е. приписывание обычным феноменам характера патологии. Например, психиатр грусть или печаль называет депрессией, гнев – дисфорией, враждебность и агрессию – паранойей и т. д. На психологическом жаргоне процесс подобной подмены назван профессиональным кретинизмом.

Экстрасенсорика. Отношение к нетрадиционным методам лечения и возможности их применения также относится к этическим проблемам. Что считать правильным: врачебный запрет пациенту обращаться к экстрасенсам и ясновидящим или поощрение этих действий? Насколько этичным будут размышления типа: раз помогает – значит, надо. Если врач как представитель науки и научного мировоззрения поощряет мистику, то следует ли считать его рекомендации этичными? Думается, что нельзя. Однако в тех случаях, когда медицина бессильна и не может помочь больному человеку, нельзя у него отнимать последнюю надежду на исцеление. Нетрадиционное направление оказания медицинской помощи человеку исходит из убежденности в существовании сверхъестественных феноменов и процессов. Основой нетрадиционной медицины (экстрасенсорики) являются остающиеся неизученными феномены психики человека, которые трактуются как биоэнергетические, биогравитационные. Биогравитация – это способность человека создавать, изучать и воспринимать определенный вид физического поля, имеющего специфическую квантово-импульсную природу, сходную с гравитацией, но в то же время имеющего свои особые черты.

Наиболее важное значение имеют два феномена из области парапсихологии:

- 1) кожное зрение;
- 2) экстрасенсорное целительство.

Под **кожным зрением** понимают малоизученный вид и способ фоторецепции при распознавании патологических состояний и заболеваний человека. Диагностика патологических состояний внутренних органов проводится на основании восприятия формы, цвета и температуры поврежденного органа рецепторами кожи рук. Такая диагностика истинных народных целителей, как правило, подтверждается современными методами диагностики, и диагноз оказывается совершенно правильным и точным.

Экстрасенсорное целительство, под которым понимают воздействие (чаще дистанционное) на организм и психику человека с помощью разнообразных манипуляций или вербального влияния. С научной точки зрения экстрасенсорное целительство является психотерапией, использующей механизмы суггестии.

Рассмотрим основные различия между психотерапией в широком смысле слова и экстрасенсорным целительством. Для упрощения составим таблицу 6.

Таблица 6 Различия между психотерапией и экстрасенсорным целительством

Параметры	Экстрасенсорное целительство	Психотерапия
Диагностический процесс	Отсутствует, считается ненужным	Присутствует, считается обязательным
Ориентация на показания и противопоказания	Отсутствует	Присутствует
Терапевтический подход	Типизирован	Индивидуальный
Оценка эффективности	Субъективная	Объективная
Роль пациента	Пассивная	Чаще активная
Ответственность врача	Отсутствует	Обязательна
Формирование личностной позиции	Мистического, мифологического осмысления действительности	Научного мировоззрения

Таким образом, различия между экстрасенсорным целительством и психотерапией кардинальны и принципиальны. Однако исследования показали, что свойства, которыми обладают экстрасенсы, достаточно просто объяснимы, их основа – психотерапия: воздействие словом, посредством ритуала, антуража, а вовсе не чудесным биополем или никому неизвестными флюидами. И все же справедливости ради следует сказать, что не все феномены экстрасенсов можно объяснить с позиций современных научных знаний. Кроме того, особое значение во врачевании экстрасенсов имеет антураж их лечения. С его помощью у зрителей-пациентов создается особый настрой с повышенной степенью внушаемости, который и способствует удивительному терапевтическому эффекту. Положение изгоев, непризнанных гениев способствует усилению веры больных и страждущих исцеления. Если бы участковому врачу верили так же, как верят экстрасенсу, результаты лечения больных в поликлиниках были бы намного выше.

Мы рассмотрели особенности психологических индивидуальных различий, психологию больного человека, особенности взаимоотношений врача и пациента. В этой главе подробно остановимся на системе методик, подходах и особенностях проведения психотерапии с учетом последних достижений медицины.

Как было сказано выше, **психотерапия** – это медицинская наука, с помощью которой врач оказывает психологическую помощь и психологическое воздействие на пациента с целью купирования патологических симптомов и синдромов. На современном этапе выделяют **три подхода при проведении психотерапии**:

- 1) психодинамический;
- 2) поведенческий (бихевиоральный);
- 3) феноменологический.

Их различия можно представить в виде следующей таблицы 7:

Таблица 7 Основные подходы при проведении психотерапии

Основные параметры	Динамический подход	Поведенческий подход	Феноменологический подход
Природа человека	Двигается сексуальными и агрессивными инстинктами	Продукт социума, ведет себя на основании прошлого опыта	Имеет свободную волю и способность к самоопределению и самоактуализации
Основная проблема	Сексуальное подавление	Тревога	Психическое отчуждение
Концепция патологии	Конфликты в сфере инстинктов: бессознательные ранние половые влечения	Приобретенные стереотипы поведения	Утрата возможностей, расщепление я, несогласованность мыслей чувств, поведения
Концепция здоровья	Разрешение психологических конфликтов	Устранение симптомов, снижение или устранение тревоги	Утверждение собственного я, актуализация личности
Вид изменения	Понимание раннего прошлого	Прямое действие	Непосредственное переживание
Временный подход	Исторический: субъективное прошлое	Неисторический: объективное настоящее	Отсутствие историзма: здесь и сейчас
Задачи психотерапевта	Понять бессознательное психическое содержание и его историческое скрытое значение	Подкреплять, формировать или подавлять специфические поведенческие реакции для устранения тревоги	Способствовать самовыражению (от физического до духовного)

Основные параметры	Динамический подход	Поведенческий подход	Феноменологический подход
Основные техники	Интерпретация материала, свободные ассоциации, сновидения, обыденное поведение	Обусловливание, систематическая десенсибилизация, позитивное и негативное подкрепление, моделирование	Равное участие в диалоге, эксперименты, драматизация или разыгрывание чувств
Роль психотерапевта	Нейтральная. Помогает пациенту исследовать значение свободных ассоциаций и другого материала из бессознательного	Учитель. Помогает пациенту заменять дезадаптацию адаптивным поведением	Ускоритель (фасилитатор) роста личности
Характер связи между врачом и пациентом	Нереальные взаимоотношения, первостепенные для лечения	Реальные, но второстепенные для лечения: взаимоотношения отсутствуют	Реальные, первостепенные для лечения, реальные взаимоотношения
Лечебная модель	Авторитарная врач—пациент, терапевтический союз	Преподаватель — ученик. Авторитарная. Учебный союз	Общение двух равных людей, человеческий союз

Целью психотерапии в узком понимании становится исцеление пациента от психопатологической симптоматики в рамках невротических, характерологических (личностных) или психосоматических расстройств. Выбор конкретной психотерапевтической методики зависит от ряда объективных и субъективных факторов.

К *объективным факторам* относятся:

- 1) характер психопатологического синдрома;
- 2) этиопатогенез психических расстройств;
- 3) индивидуальные особенности пациента.

К *субъективным факторам* относятся:

- 1) индивидуальные особенности психотерапевта;
- 2) широта его психотерапевтических знаний и навыков;
- 3) ситуационные моменты (наличие времени и соответствующего места для проведения психотерапевтического сеанса).

МЕТОДИКИ ПСИХОТЕРАПИИ

Методики психотерапии многообразны. Каждая из них должна использоваться в различных вариантах, приспособленных для решения различных задач в отношении каждого пациента. Сложные задачи психотерапии наиболее успешно могут решаться при умелом комбинировании различных методик. Психотерапия должна каждый раз строиться как единая система, включающая научно обоснованные методики в их целесообразном при данных обстоятель-

ствах соотношении. Кроме того, методы психотерапии могут сочетаться с другими видами лечения: медикаментозным лечением, физиотерапией, фитотерапией, лечебной физкультурой, трудотерапией и т. д.

Выделяют следующие *основные методы психотерапии*:

1) рациональную психотерапию. Это воздействие на пациента с помощью логически аргументированных разъяснений, осуществляется путем объяснения, сообщения пациенту того, что он не знает или не понимает, но что может рассеять его ложные убеждения. Чаще всего она проводится в форме диалога между врачом и пациентом. Такое собеседование имеет целью разъяснения причины заболевания, прогноза и характера назначаемого лечения;

2) суггестивную психотерапию. В свою очередь, она подразделяется на:

- а) внушение в состоянии бодрствования;
- б) внушение в состоянии гипнотического сна;
- в) самовнушение (аутосуггестию);

3) коллективную психотерапию. Это взаимное лечебное воздействие на пациентов, осуществляемое под руководством врача, при этом виде лечения сеансы психотерапии проводятся в группе больных и предусматривают не только воздействие врача на больных, но и членов группы друг на друга. Коллективная психотерапия подразделяется на:

- а) семейную;
- б) поведенческую;
- в) игровую;
- г) имаготерапию (лечение с помощью воображения);
- д) психоэстетотерапию;

е) гегитальттерапию (лечение с помощью различных физических упражнений, направленных на расширение сознания и формирование гегитальтов – противоположностей; к этой категории относится работа с мечтами, их осуществлением);

4) наркопсихотерапию. Это сочетание воздействия словесного внушения врача и неполного наркоза после внутривенного введения барбитуратов (гексенала, тентотала, амитал-натрий). Такое сочетание применяется при недостаточной гипнотизельности. Состояние эйфории с элементами легкой оглушенности значительно облегчает суггестивное воздействие и тем самым значительно повышает эффективность психотерапии;

5) условно-рефлекторную (поведенческую) психотерапию, при этом используются приемы, направленные на торможение и перестройку с помощью тренировок патологических условных связей, а также на обучение новым желательным формам поведения. Различные комплексы упражнений, используемые при этом виде лечения, способствуют преодолению психогенно возникающих психопатологических нарушений, например изолированных фобий (страха темноты, воды, животных, страха сексуальных отношений). Пациент под руководством врача приучает себя адаптироваться к травмирующей его ситуации. Сначала функциональные тренировки осуществляются в искусственных условиях (в кабинете врача) с помощью фотографий, видео– или аудиозаписей, имитирующих стрессовую ситуацию. В дальнейшем соответствующие тренировки проводятся непосредственно в обстановке, которая и явилась в свое время психотравматическим фактором, способствовавшим формированию фобий. Например, в закрытых помещениях при клаустрофобии, на транспорте – при страхе передвижения и т. д.). Этот вид лечения повышает активность пациента в преодолении болезненных явлений.

В последующих главах подробно рассмотрим каждый из вышеперечисленных методов.

Психотерапия в состоянии бодрствования

Задачи и отдельные методики психотерапии, проводимой в состоянии бодрствования пациента, весьма разнообразны. Психотерапевтическое воздействие в состоянии бодрствования включает разъяснение, убеждение, внушение, инструктирование больного, тренировоч-

ную психотерапию, лечение контактом, перестройкой среды, отвлечением и переключением. Оно включает в себя предоставление больному возможности высказаться. В бодрствующем состоянии больной привлекается к возможно активному, постепенно нарастающему участию в своем лечении. Самыми важными задачами психотерапии в состоянии бодрствования являются правильное освещение особенностей болезни, причин ее возникновения, характеристика предпринимаемого лечения, правил его поведения, способствующих преодолению болезни.

Основные формы психотерапии в состоянии бодрствования

Психотерапию, проводимую в состоянии бодрствования принято подразделять на:

- 1) разъяснительную;
- 2) рациональную.

Разъяснительная психотерапия как самостоятельная методика была впервые выделена В. М. Бехтеревым. Основное приложение этой методики это – оценка больным своего болезненного состояния, включающая в себя совокупность сведений, которыми располагает больной о заболеваниях, проявляющихся расстройствами, близкими с теми, которые он обнаруживает у себя. Недостаток медицинских знаний способствует недостаточно серьезному отношению человека к нарушению нормальной работы организма, несоблюдению профилактики, отказу от своевременного лечения. Такая недооценка болезни приводит в ряде случаев к значительному ее утяжелению или даже к преждевременной гибели человека. Кроме того, современный человек получает огромную разрозненную информацию о болезнях из журналов, газет, радио, телевидения, Интернета и других источников. Эта информация, содержащая медицинские термины, нередко смешивается с житейскими понятиями, советами соседей, родственников. В результате возникают ложные суждения, которые нередко создают у человека благоприятную основу переоценки возникших у него симптомов или даже мнимых признаков. Человек начинает лечение самостоятельно, чаще всего даже не зная, чем и от чего он лечится и зачем, врачебная помощь нередко таким пациентам уже становится ненужной: пациент может погибнуть от токсического отравления лекарствами или от совершенно другого заболевания. Задача психотерапевта – разъяснить пациенту суть возникшего у него заболевания, меру опасности для жизни, систему лечебных и профилактических мероприятий, необходимых для преодоления болезни. Разъяснительная терапия может проводиться в виде беседы, включать в себя знакомство с больными, излеченными от того заболевания, которым страдает пациент, просмотр документированных материалов и т. д. Она предполагает активность больного в стремлении понять особенности своего заболевания и вылечиться. Врач, проводящий разъяснительную психотерапию, должен быть профессионалом высокого (самого высокого) уровня в любой области медицины (потому что пациент может задать любой, неожиданный и даже нелогичный вопрос) и уметь в доступной форме изложить те сведения, которые необходимы больному и будут способствовать эффективному лечению. Разъяснительная психотерапия эффективна в том случае, когда направленность, характер отношений, осознание или бессознательные тенденции личности благоприятствуют коррекции неправильных суждений, лежащих в основе неправильной оценки болезненных проявлений, и малоэффективна, когда больной имеет свою неправильную точку зрения на болезнь и упорствует, настаивая на ней. Больной либо игнорирует и доводы врача, либо пытается найти в его рассуждениях противоречия и опровергнуть вывод, имеющий для него условно-отрицательную эмоциональную значимость. Любая неопределенность в высказываниях врача, любая нечеткость суждений служат для больного основанием для недоверия. Неудачно построенный оборот речи – основание для недоверия и отрицательной оценки врача как специалиста. В этих случаях лучше проводить рациональную психотерапию. Сам термин рациональная психотерапия означает – «целесообразная», «логичная», «основанная на разуме», «подверженная фактами», серьезными доводами, убедительная.

Рациональная психотерапия ставит своей задачей систематическое переубеждение пациента в вопросе оценки своей болезни, которое достигается в аргументированном споре между врачом и больным. Рациональная психотерапия обращена к уму и рассудку пациента, она опирается на логику как на науку о законах мышления, убедительно демонстрирующую пациенту ошибки в его рассуждениях, связанных с неправильной оценкой болезненного состояния. Специфическое и существенное отличие рациональной психотерапии заключается в том, что она построена на логической аргументации. Без нее нет и не может быть рациональной психотерапии. Но это не значит, что эта методика строится только на логической аргументации, она включает в себя внушение, эмоциональное воздействие, изучение и коррекцию личности, дидактические и риторические приемы. Врач-психотерапевт объясняет пациенту не только причину того или иного патологического состояния, опираясь на доказательства, но и вырабатывает у него разумное, адекватное отношение к заболеванию. Выработка желаемого убеждения у больного очень часто требует не одной беседы, а продолжительной работы, в процессе которой врач, установив с пациентом тесный контакт, тщательно изучив состояние его здоровья и особенности личности, терпеливо устраняет элементы неопределенности, неуверенности, играющие известную психогенную роль. Одна из первейших и важнейших задач этого метода – правильное освещение характера болезни, причин ее возникновения, прогноза, характера принимаемого лечения, правил поведения пациента, способствующих преодолению болезни. Желательно, чтобы больной ясно видел план лечения, тем более что он должен активно идти навстречу усилием врача. В таком обучении нуждаются и родственники, и близкие пациента. Но и родственников психотерапевт должен не только обучать, он обязан превращать их в своих союзников и помощников, он должен дать им знания о состоянии члена их семьи, вызвать у них соответствующие эмоции, волевою направленность, побуждения и отношение к больному. Нередко необходима психотерапевтическая помощь всем членам семьи. И еще одно очень важное обстоятельство: дело в том, что больному не только необходимы соответствующие знания, нужно развивать у него волю к выздоровлению, иное отношение к себе и окружающим, иные интересы и побуждения, иную мотивацию поведения. Пациенты чаще всего страдают не от недостатка знаний о заболевании, они нуждаются в перестройке взглядов, в определенной перестройке личности в отношении причин и происхождения болезни. Необходимо научить пациента правильно оценивать свое состояние, оценивать окружающих, проанализировать взаимоотношения с ними, с коллективом, с обществом в целом. Учитывая эти задачи, характер психотерапии, проводимой в состоянии бодрствования больного (правильнее – пациента, ведь неоспорим тот факт, что если психотерапевт назовет пациента «больным», то он никогда не добьется желаемого результата), воздействие на него при этом методе не следует называть просто убеждением. Это не столько убеждение, сколько обсуждение, даже дискуссия, причем вовсе не свободная от элементов внушения и обязательного эмоционального воздействия. Психотерапевт должен направить свое влияние против неверия пациента в свое выздоровление и улучшение своего состояния. Ни в коем случае нельзя допускать отчаяния у пациента, примирения с болезнью, ожидания конца мучением. Психотерапевт должен устранить у пациента страх перед лечением. Не секрет, что нередко не только дети боятся того или иного лечения или обследования. Это закономерно, потому что посещение врача, обследование, лечение ассоциируются с болью и страданиями. Каждый врач, назначая тот или иной способ обследования или лечение, должен (соответственно клятве Гиппократу) поставить себя на место больного. Это хорошо понимает врач-психотерапевт, но понимает ли это врач-терапевт общей лечебной сети: нагрузка заставляет его забывать о том, что человек негативно относится к лечебным нагрузкам, в том числе диагностическим, несущим болезненные ощущения. Своим поведением врач, весь медицинский персонал должны помочь пациенту преодолеть страх перед лечением и предупредить возможность его возникновения. Не только, например, правильно про-

веденная анестезия или наркоз, не только достижение врачебной техники, но и поведение, и слова врача и его помощников способны облегчать боль, уменьшать и снимать страх больного при различных манипуляциях, любую его напряженность, беспокойство. От перенесших операцию пациентов нередко можно услышать, как тяжело на них влиял тот факт, что оперировал врач, которого они не знали, который с ними предварительно ни разу не беседовал, не осматривал их. Хирург, как и врач любой другой специальности, должен приступать к лечению лишь предварительно познакомившись с больным, поговорив с ним, разяснив необходимость и объем лечебных процедур. Встреча с врачом должна быть источником положительных эмоций у больного.

В ряде случаев возникновение заболевания или тяжелое ее течение, необоснованный страх перед ней связаны с наличием у больного ложных представлений, иногда предрассудков. Чтобы неправильное представление породило или усилило болезненное проявление, оно должно приобрести для человека особое индивидуальное значение, определяемое состоянием его центральной нервной системы, организма в целом, особенностями его личности, индивидуальным опытом, окружением, обстановкой.

Общим для разяснительной и рациональной психотерапии является то, что эти методы относятся к внутренней картине болезни и должны быть направлены на выработку правильного отношения больного к своему заболеванию. Основное отличие состоит в том, что разяснительная психотерапия опирается в основном на дидактические принципы, а рациональная – на законы и формы логики.

Уровни внутренней картины болезней

Внутренняя картина болезни или отражение в сознании пациента всего того, что связано с той патологией, которая дезадаптирует его к среде, с позиций психотерапии может быть разделена на три основных уровня:

- 1) сенсорный;
- 2) эмоциональный;
- 3) интеллектуальный.

Такое подразделение носит схематичный характер, однако облегчает оценку сложных психических процессов, способствующих формированию той или иной точки зрения на болезнь.

Сенсорный уровень внутренней картины болезни включает в себя совокупность ощущений и восприятий тех изменений в организме, которые возникают в связи с патологическим процессом, как то слабость, раздражительность, болевые ощущения, нарушение сна, одышка, озноб и многие другие проявления болезни. Сенсорный уровень болезни отражается в сознании человека по-разному в зависимости от многих факторов. Есть люди, которые очень тяжело переносят уколы инъекционной иглы, отказываются от необходимости сделать анализ крови, так как не переносят укола в палец, теряют душевное равновесие в связи с небольшим ранением кожных покровов, не выносят вида крови или впадают в тяжелую меланхолию в связи с головной болью, ознобом – предвестниками простуды. Известна и другая категория людей, которые не замечают значительных ранений, обнаруживают их у себя случайно при смене одежды, по кровавым пятнам на белье или зарубцевавшимся ранам на коже и пытаются вспомнить, при каких обстоятельствах они их получили. Кашель, головная боль, высокая температура – все это не мешает им заниматься своей работой, и за помощью к врачу они обращаются лишь в крайнем случае, по настоянию близких или в связи с невозможностью продолжать трудовую деятельность дальше. Лиц, относящихся к первой группе, можно обозначить как повышено ощущающих болезнь (имеются в виде ощущения и восприятия), а лиц, относящихся ко второй – пониженно ощущающих болезнь. Данные группы являются крайними, между ними

существует большая группа людей, которые ощущают болезнь адекватно выраженности симптомов. Повышенное и пониженное ощущение болезни не является результатом лишь личностных особенностей человека. Оно определяется рядом факторов, в числе которых большую роль играет эмоциональный и интеллектуальный уровень внутренней картины болезни. Несомненно также и обратное влияние сенсорного уровня на эмоциональный и интеллектуальный.

Эмоциональный уровень включает в себя оценку болезненного состояния с позиций той опасности или пользы, которая вносится в жизнь больного фактом заболевания. На эмоциональном уровне решается вопрос о том, хорошо или плохо, что возникла болезнь. Вопрос неоднозначный. Решение его не ограничивается степенью дискомфорта, или выраженностью сенсорного уровня, или степенью опасности, связанной с болезнью. В его решение включается система определенных установок и той условной выгоды, которую может извлечь человек из своей болезни (как то освобождение от трудовой деятельности или необходимости выполнять неприятные обязанности; забота, которая проявляется окружающими к больному человеку; оправдание перед окружающими за невыполненный долг; льготы, положенные больному и многое другое). Болезнь может причинить личности моральный и материальный ущерб, болезнь может нарушить задуманные планы, помешать карьере, снизить трудоспособность, привести к распаду семьи (особенно в случае сексуальных расстройств). Все это и многое другое приводит человека к отрицательной или положительной оценке факта наличия у себя болезни в целом. Эмоциональный уровень внутренней картины болезни основан на тех ощущениях, которые возникли в связи с патологией, но интерпретация этих ощущений опирается на те сведения, которыми располагает пациент о медицине, диагностике, анализах, обследованиях и лечении. Эти сведения чаще всего бывают поверхностными и непонятными. Именно они определяют интеллектуальный уровень внутренней картины болезни.

Интеллектуальный уровень определяется решением следующих вопросов.

1. Болен или здоров?
2. Чем болен?
3. Каков должен быть режим?
4. Чем лечиться?
5. Почему заболел?

Врачу совершенно ясно, что решение этих вопросов требует больших специальных медицинских знаний. Больному человеку, далекому от медицины, это не всегда ясно, знакомство с популярной медицинской литературой нередко создает у больного человека иллюзию глубоких медицинских знаний, и он делает неправильные выводы, и болезнь осознается им не всегда адекватно. Внутренняя картина болезни имеется у человека при любом заболевании, которое им осознается. Если она неадекватна, то требует разъяснительную или рациональную психотерапию. Коррекция внутренней картины болезни должна осуществляться сенсорно, на уровне эмоционального и интеллектуального понимания единства и взаимосвязи этих психических функций. В процессе рациональной и разъяснительной психотерапии, как и при любом психотерапевтическом методе, врач решает ряд задач, которые на первом этапе его работы с пациентом носят преимущественно диагностический характер, а на втором – лечебный терапевтический. На первом этапе выясняются неправильности мышления пациента, ставшие причиной дезориентации и дезадаптации, выясняется характер конфликта между личностью и средой, осуществляется всестороннее изучение личности пациента. В первый этап работы включается составление и осуществление плана коррекции мышления, разрешения конфликта, закрепления полученных результатов. Психотерапия в бодрствующем состоянии требует эрудиции врача не только в медицинской науке, но и в таких областях, как психология, логика, педагогика, литература, социология и многие другие. Психотерапевт, ставящий перед собой задачу

корректировать мышление больного, должен быть очень всесторонним человеком. Для проведения разъяснительной и рациональной психотерапии врачу необходимо тщательно изучить клинические особенности болезни, характер и личность больного и особенно его отношения с окружающими людьми. Эта предварительная работа необходима для понимания сложных отношений личности, формирующих неправильный вывод больного в оценке своего заболевания. Нередко больной в качестве аргумента, подтверждающего его неправильную концепцию болезни и опровергающего доводы врача, приводит следующие высказывания:

- Он даже до конца меня не выслушал!
- Он задал мне всего два-три вопроса!

Часто врачу для постановки диагноза действительно необходимо задать больному несколько вопросов, ведь целый ряд симптомов болезни, к которым больной стремится привлечь внимание врача, не являются существенными для ее понимания. Внешние обстоятельства, которые совпали с началом болезни и не имеют с ее возникновением никакой связи, представляются врачу ненужными, лишними обстоятельствами, только запутывающими диагностический процесс. Больной не знает существенных механизмов, лежащих в основе болезни, и именно эти случайные обстоятельства принимает за главные причины болезни. Иногда по определенным причинам больному выгодно было бы, чтобы именно это совпадение было существенным. Он пытается привлечь к нему внимание врача. Врач игнорирует эти попытки, просит больного не отвлекаться, отвечать только на поставленные вопросы. У больного создается впечатление, что врач невнимателен, спешит, торопится и недобросовестно его обследует. Поэтому контакт врача и больного начинается с расспроса больного, выявления жалоб в том порядке, который предлагает больной. Необходимо очень терпеливо, внимательно и не перебивая выслушать больного. Этот этап работы заканчивается лишь тогда, когда на вопрос врача, что еще его в настоящее время беспокоит, пациент отвечает: «Я перечислил (ла) все, что касается моего заболевания».

После этого психотерапевт начинает задавать те вопросы, которые представляются ему важными и существенными в той последовательности, которая нужна для понимания сущности патологического процесса. Такой подход исключает возможность недовольства пациента, что его невнимательно выслушали, и убеждает его в том, что врач знает о болезни больше, чем он сам, обязательно поможет ему, так как задает вопросы о тех признаках болезни, на которые больной сам не обратил внимания. Аналогичные этапы работы целесообразны при изучении истории болезни: вначале больному необходимо предложить самому рассказать историю возникновения заболевания в той последовательности, которая по его мнению является существенной, а затем рядом вопросов уточняют последовательность развития симптомов. Изучение состояния (статуса) пациента (перкуторное, аускультативное, неврологическое обследование) не только диагностическая, но и психотерапевтическая процедура. Исследование состояния больного не должно ограничиваться рамками узкой специализации. Например, врач-психотерапевт, осуществляющий сеанс психотерапии больному с ипохондрической реакцией на симптомы в области сердца, должен провести перкуторное и аускультативное обследование области сердца, внимательно просмотреть электрокардиограмму и другие данные параклинических обследований и лишь после этого высказать свою точку зрения о состоянии сердечной деятельности у данного больного. Такое обследование придает вес высказыванием врача, который по мнению больного, объясняет пациенту симптомы заболевания, его причины и прогноз. Тщательное клиническое обследование, означающее начало психотерапевтического лечения, должно сочетаться с всесторонним изучением личности больного. Основная цель изучения личности – это попытка понять неосознанные и осознанные, но скрытые механизмы эмоционального уровня внутренней картины болезни, которые заставляют больного вопреки логике настаивать на неправильном выводе в оценке своей болезни. Изучение личности включает традиционные клинико-психологические методы исследования, психоло-

гические тесты и проективные методики в сочетании с различными тестами самооценки. Наиболее часто используется монографический метод изучения личности, построенный на расспросе пациента о том, как он реагирует на различные жизненные ситуации, как складывалась его личность в течение жизни, какие личностные особенности ему присущи с раннего детства, какие черты у него формировались в течение жизни. Приведем примеры необходимых тестов (конкретно в случае сексуальных расстройств). Пациент должен ответить на следующее.

1. Половое влечение меня мало беспокоит.
 2. Малейшая неприятность подавляет у меня половое влечение.
 3. Периоды сильного полового влечения чередуются у меня с периодами холодности и безразличия.
 4. В половом отношении я быстро возбуждаюсь, но быстро успокаиваюсь и охлаждаюсь.
 5. При нормальной семейной жизни не существует никаких половых проблем.
 6. У меня сильное половое влечение, которое мне трудно сдерживать.
 7. Моя застенчивость мне очень сильно мешает.
 8. Измены я бы никогда не простил (ла).
 9. Я считаю, что половое влечение нельзя сдерживать, иначе оно мешает плодотворной работе.
 10. Наибольшее удовольствие мне доставляет флирт и ухаживание.
 11. Я люблю анализировать свое отношение к половым проблемам, свое собственное влечение.
 12. Я нахожу ненормальности в своем половом влечении и стараюсь бороться с ними.
 13. Как я отношусь к половым отношениям с лицами одного пола.
- Подобное тестирование помогает с большей эффективностью использовать разъяснительную и рациональную психотерапию.

Гипноз

Гипнотический метод психотерапии имеет огромное значение и во многих случаях бывает очень эффективным. Выделяют следующие виды использования гипноза:

- 1) гипноз без прямого внушения или убеждения;
- 2) симптоматическую суггестию;
- 3) суггестию на причины возникновения болезни;
- 4) отреагирование в гипнотическом состоянии;
- 5) директивный гипноз;
- 6) гипноанализ;
- 7) гипносинтез (обобщение в гипнотическом сны мотивов и отношения личности к болезни);
- 8) гипнодраму (психотравму).

Известно, что внушенные гипнотические состояния различны по глубине, степени и характеру внушаемости, по тому, в какой мере они влекут за собой так называемую спонтанную амнезию. Различают следующие гипнотические состояния:

- 1) состояние, характеризующееся чувством сонливости и тяжести в веках, в этом состоянии гипнотизируемые способны менять положение туловища и конечностей, это первая стадия (степень) гипноза быстро снимается без специального внушения;
- 2) гипотаксию, или внушенную каталепсию. Больные все слышат, ощущают, поднятая рука сохраняет признанное ей гипнотизером положение, даже если это положение весьма неудобно для пациента. Это вторая стадия гипноза;
- 3) состояние, характеризующееся онемением тела, чувствительность значительно снижена, возможны лишь движения, внушенные гипнотизирующим. Это третья стадия;

4) гипнотический транс. Больной слышит только слова, введившего его в состояние гипноза врача. Это четвертая степень гипноза;

5) состояние легкого сомнамбулизма (возможно возникновение внушенных галлюцинаций);

6) состояние глубокого сомнамбулизма с полной амнезией больным всего, имевшего место в гипнотическом состоянии.

Одна из важнейших черт гипнотического состояния, отличающих его от физиологического сна, – отсутствие существенной деструкции, отраженной в сознании реальности. Соответствие переживаний гипнотизируемого внушению, гармония между ними – важнейшее условие эффективности гипнотического метода. Значение внушенного гипнотического состояния для терапии ряда заболеваний (в том числе и половых расстройств) определяется:

1) повышенной внушаемостью, находящегося в гипнотическом состоянии человека, способствующей воздействию словом;

2) особенностями возникающего при нем тормозного процесса, определяемыми типом нервной системы пациента, проведенным внушением и отношением больного к врачу и к лечению;

3) достигаемым при правильно проводимой гипнотизации расслаблением, снижением мышечного и сосудистого тонуса. До начала гипнотических сеансов необходимо обязательно объяснить больному, что метод научно обоснован и желаемый результат будет достигнут. Методик проведения гипнотических сеансов существует достаточно много.

Семейная психотерапия

Своеобразие семьи заключается в том, что она одновременно представляет собой и общественную, и социальную, и индивидуальную ячейку. Основная функция семьи – создание стабильной сферы, обеспечивающей условия для формирования развития и выражения всех сторон личности. Различают первичную родительскую и вторичную супружескую семьи.

Супружеская семья может вливаться в родительскую или обособляться от нее. В процессе развития семье свойственны кризисы, а заболевания одного ее члена не может не сказаться на других родственниках и психологической атмосфере всей семьи. Семейная психотерапия – это процесс направленного изменения межличностных отношений в семье, целью которого является устранение эмоциональных нарушений. Семья представляет собой не сумму двух или более личностей, а особое образование с новыми качествами. Общую стратегию семейной психотерапии нужно нацеливать не на прошлые конфликты в семье, к разбору которых и без того постоянно стремятся супруги, а на реальные проблемы, существующие сегодня и стоящие на пороге завтрашнего дня. Психотерапевт должен прежде всего постоянно держать себя так, чтобы не стать орудием для осуществления чьих-либо планов. Каждому члену семьи должно быть ясно, что психотерапевт будет советчиком, наблюдателем, комментатором, но не судьей. Процесс семейной психотерапии при сексуальных расстройствах наиболее целесообразно разделять на три этапа:

1) диагностический;

2) этап конфронтации партнеров с основной проблематикой и осознанием причин кризиса и его проявлений;

3) этап восстановления межличностных взаимоотношений на основе замены деструктивных психологических установок на конструктивные.

В настоящее время эффективно применяется «стереоскопическая техника» лечения супружеских пар двумя психотерапевтами. Каждого партнера ведет свой психотерапевт, а проблемы обсуждаются вчетвером. Дезорганизация парных отношений характерна для большинства сексуальных расстройств, нередко с грубыми нарушениями элементарных сексуальных функций. Система психо-физиотехнических воздействий, нацеленных на сексуальную сферу

и позволяющих в минимальные сроки выравнивать грубые нарушения основных сексуальных функций, в настоящее время выделилась в автономный метод, именуемый секс-терапией. Секс-терапевт дает пациенту определенные рекомендации и установки, быстро ликвидирует такие проявления, как вагинизм, половая слабость, ускоренная эякуляция и т. д.

Гипнотерапия сексологических больных может осуществляться как индивидуально, так и групповым методом. Аутогенная тренировка (самовнушение), как правило, проводится в группе.

Самовнушение

Так же как физическими упражнениями мы строим здоровое тело, так и наш ум может стать сильным благодаря специальным способам тренировки. К таким способам относится самовнушение. Как часто мы ловим себя на том, что не в состоянии остановить негативный поток мыслей, уносящий нас в бездну отрицательных эмоций. Как часто мы оказываемся бессильными перед все более захватывающими нас чувствами страха, обиды, ненависти, безнадежности. Люди, страдающие депрессией, часто склонны считать, что ничто не может им помочь, ничего на свете не стоит их усилий, они начинают чувствовать усталость, опустошенность, утрачивают интерес к жизни. Как же с этим бороться? Главное, что необходимо в этом случае, – это воля и знание. Мы должны закладывать в свой мозг положительные эмоции. Вместо того чтобы снова и снова переживать свои беды и неудачи, мы должны повернуться в сторону света, надежды и радостных мыслей. Все способы внушения строятся по одному принципу: подсознание принимает как истину любую многократно и убежденно повторенную установку. Почему бы каждому человеку не заложить в свое подсознание мысли о здоровье, успехе, счастье вместо того, чтобы бесконечно предаваться неудачам и жалеть себя? Каждый день открыто необходимо заявлять о том, чего вы хотите от жизни, причем говорите в утвердительной форме, как будто бы уже обладаете тем, о чем мечтаете: «Я чувствую себя прекрасно, у меня крепкое здоровье, у меня все получается». Но необходимо помнить, что самовнушение не может дать моментальных результатов. Шаг за шагом человек (пациент) будет приближаться к желаемому результату. Кроме самовнушения, полезно использовать такой метод, как создание мысленных образов. Моделируйте в воображении те изменения в организме, которых вы хотите достичь в реальности. Мысленный образ, который закладывается в подсознании должен быть очень четким и ярким, тогда подсознание сможет дать команду соответствующим органам и тканям. Чем чаще вы будете представлять желаемый образ, тем скорее начнется процесс обновления. Таковы наиболее значимые установки проведения самовнушения.

Психотерапия – сложнейшая и многогранная область медицинской науки, возможности ее безграничны при лечении очень многих заболеваний, но только специалист с большим опытом работы может помочь пациенту преодолеть свой недуг, справиться со своими проблемами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вагнер Г., Грин Р. Импотенция. М.: Медицина, 1985.
2. Загородный П. И. Нарушения половой функции при неврозах и реактивных состояниях у мужчин. М.: Медицина, 1970.
3. Кочетков В. Д. Неврологические аспекты импотенции. М.: Медицина, 1967.
4. Мильман Л. Я. Клиника и лечение импотенции. М.: Государственное издательство медицинской литературы. МЕДГИЗ, 1960.
5. Порудоминский И. М. Половые расстройства у мужчин. М.: Государственное издательство медицинской литературы. МЕДГИЗ, 1960.